

## برگه صدور مجوز خروج از طرح تمام وقت جغرافیایی - صدور پروانه مطب اعضای هیأت علمی

### مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... شماره ملی: ..... متخصص  فوق تخصص  فلوشیپ   
 رشته تحصیلی: ..... گروه آموزشی: ..... مرتبه علمی: ..... پایه ..... نوع استخدام .....  
**سابقه فعالیت آموزشی و نوع درخواست**  
 مدت فعالیت آموزشی: (..... روز ..... ماه ..... سال) نام دانشگاه محل فعالیت: ..... تاریخ شروع فعالیت آموزشی  
 در دانشگاه های دولتی .../.../..... درخواست: صدور پروانه مطب  / تمدید پروانه مطب

نظریه مرکز	<b>نظر رئیس بخش</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	<b>نظر معاون آموزشی مرکز</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
	<b>نظر رئیس مرکز</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	<b>نظر مدیر گروه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
نظریه گروه	<b>نظر رئیس دانشکده</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	<b>نظر مدیر امور هیأت علمی دانشگاه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:
	<b>نظر معاون آموزشی دانشگاه</b> <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف توضیحات ..... نام و نام خانوادگی: ..... مهر و امضاء: تاریخ:	