محل
الصاق
عکس

جمهوری اسلامی ایران

بسیج جامعه پزشکی

فرم درخواست عضویت سازمان بسیج جامعه پزشکی

۱ - مشخصات فردی: کدبسیجی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ کدملی ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

نام و نام خانوادگی: ..... نام مستعار یاقبلی ..... نام پدر: ..... ت.ت: ..... ش.ش: .....

محل صدور: ..... محل تولد: ..... دین: ..... مذهب: شیعه ☐ سنی ☐ سایر ☐ نام ببرید: .....

وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تعداد فرزند: ..... تعداد افراد تحت تکفل ..... تابعیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ نام ببرید .....

وضعیت خدمت وظیفه: در حین خدمت ☐ دارای کارت پایان خدمت ☐ خرید خدمت ☐ معاف ☐ نوع معافیت: تحصیلی ☐ پزشکی ☐ ایثارگران ☐ کفالت ☐

شغل: کارمند ☐ هیات علمی ☐ درحال تحصیل ☐ آزاد ☐ نظامی ☐ بازنشسته ☐ بیکار ☐ اگر شغل دیگری دارید نام ببرید: .....

نام سازمان متبوعه: ۱ - ..... مسئولیت: .....

۲ - ..... مسئولیت: .....

۲ - وضعیت جسمانی:

سالم: ☐ معلول ☐ جانباز ☐ ناحیه جانبازی یا معلولیت: ..... درصد جانبازی یا معلولیت: ..... گروه خون: .....

بیمار: ☐ نوع بیماری: .....

۳ - تخصص و مهارت:

آشنایی با زبانهای خارجی: انگلیسی ☐ فرانسوی ☐ آلمانی ☐ عربی ☐ سایر ☐ نام ببرید: .....

سطح آشنایی: مقدماتی ☐ درک مطلب ☐ ترجمه ☐ مکالمه ☐

٤ - اهم دورهها و یا آموزشهایی(نظامی،فرهنگی و یا دوره های تخصصی گروه پزشکی) که تاکنون طی نموده اید.

نام دوره و یا آموزش	محل	تاریخ(سال)	مدت(به روز)

۵ - مشخصات خانواده درجه یک (پدر،مادر،برادر،خواهر،همسر):

نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	سن	تحصیلات	شغل	نشانی	تلفن

۶ - میزان تحصیلات

دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری ☐ دکتری تخصصی ☐ فوق تخصص ☐

نام دانشگاه ..... رشته تحصیلی ..... تاریخ فارغ التحصیلی .....

توضیحات: .....

۷ - سوابق حضور در جبهه

منطقه عملیاتی	مسئولیت	نهاد اعزام کننده	نوع عضویت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مدت (به روز)

۸ - سوابق عضویت در بسیج

نوع عضویت(عادی،فعال)	تاریخ شروع	تاریخ پایان	محل فعالیت	مسئولیت

۹ - میزان اسارت به ماه ..... وابستگی به خانواده ایثارگران شهید ☐ جانباز ☐ مفقودالاثر ☐ آزاده ☐

نشانی محل سکونت: ..... تلفن: .....

فاکس: ..... همراه: ..... E . Mail:@ .....

نشانی محل کار ۱ - ..... تلفن: .....

۲ - ..... تلفن: .....

نشانی محل تحصیل: ..... تلفن: .....

اینجانب ضمن درخواست عضویت در سازمان بسیج جامعه پزشکی تمایل خود را به فعالیت در موارد ذیل،بترتیب اولویت (با درج شماره) اعلام مینمایم.

شماره نظام پزشکی ..... **امضاء** ..... **تاریخ** / /

عنوان گروه		
امداد و درمان ☐	فرهنگی ☐	علمی،پژوهشی ☐

داوطلب گرامی،لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

مشخصات سازمانی

منطقه: ..... ناحیه: ..... کانون: ..... دفتر: ..... گروه: ..... شناسه گروه: .....

کدبسیجی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **کد محل خدمت:** ☐☐☐☐☐