

فرم عضویت در انجمن جراحی های کم تهاجمی زنان ایران

فارسی	انگلیسی	
نام:		
نام خانوادگی:		
نام پدر:	مکان تولد:	کد ملی:
شماره شناسنامه:	صادره:	شماره نظام پزشکی:
نوع فعالیت: هیئت علمی ☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ طرح ☐ پیام آور ☐ آزاد ☐		
سال اخذ مدرک تخصصی:		
آدرس و کد پستی و تلفن		
مطب:		
دانشگاه:		
بیمارستان:		
منزل:		
کدامیک از آدرس های زیر را برای مکاتبات ترجیح می دهید؟ مطب ☐ دانشگاه ☐ بیمارستان ☐ منزل ☐		
آدرس الکترونیک:		
تلفن همراه:	شماره فکس:	
آیا دوره لاپاروسکوپی زنان را گذرانده اید؟		
بله ☐ خیر ☐		
آیا مدرک آن را دارید و در صورت بله به انجمن ارائه فرمایید.		
بله ☐ خیر ☐		
سال اخذ مدرک فلوشیپ:		
در کدامیک از کمیته های تخصصی انجمن تمایل همکاری دارید؟ آموزشی تخصصی ☐ تحقیقاتی ☐ مشارکت اجتماعی و برون بخشی ☐ رفاهی، تسهیلاتی؛ و جذب منابع ☐ رسانه اجتماعی ☐		
اینجانبپس از خواندن اساسنامه و آئین نامه عضویت انجمن، آگاهانه داوطلبی خود را برای عضویت در انجمن علمی جراحی های کم تهاجمی زنان ایران اعلام نموده و مدارک زیر را جهت تکمیل پرونده عضویت به انجمن ارائه می نمایم.		
* کپی کارت ملی * کپی شناسنامه * کپی آخرین مدرک تحصیلی * کپی مدرک فلوشیپ در صورت احراز * کپی فیش پرداخت حق عضویت * یک قطعه عکس پرسنلی * فرم عضویت تکمیل شده		
تاریخ:/...../.....		
امضاء:		