بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..............

پرسشنامه مشخصات شرکت کنندگان در سمینارها، کنگره هاودوره های آموزش مداوم خارج از کشور به منظورتعیین امتیاز

همکار گرامی، به منظوز تسریع در تعیین امتیاز آموزش مداوم خارج از کشور خواهشمند است فرم زیز را کامل و خوانا تکمیل و همراه با کلیه مدارک به دانشگاه علوم پزشکی برسی کننده امتیاز آموزش مداوم اراده نمایید.

|  |  |
| --- | --- |
| 14.نحوه شرکت شما در برنامه:  شرکت کننده  سخنران  شرکت کننده و سخنران  سایر موارد با نوشتن مشخصات | 1.نام ونام خانوادگی  2.رشته تحصیلی  3.شماره نظام پزشکی  4.کد ملی |
| 15.ریز عناوین بحث شده در برنامه با توجه بع رشته تخصصی  الف)  ب)  ج)  د) | 5.نام برنامه  6.نوع برنامه |
| 16)آدرس محل کار  آدرس دقیق پستی(برای ارسال گواهینامه):  تلفن کد پستی:  (قید کد پستی الزامی است) | 7.محل برگزاری  8.سازمان برگزار کننده |
| 17.نام و نام خانوادگی  تاریخ امضاء: | 9.زمان برگزاری:از تاریخ لغایت |
| 10:برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است:  الف)  ب)  ج) |
| 11.تعداد ساعات کل برنامه  12.تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی: |
| 13.نحوه اجرای برنامه:  سسسخنرانی  سخنرانی +کار عملی+بحث گروهی  کارگروهی  کار عملی در بخش  سایر موارد با نوشتن نام |
| توجه1.خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه فتوکپی کارت نظام پزشکی، گواهی شرکت در برنامه، بروشور دوره آخرین مدرک تحصیلی وگزارش مربوطه جهت بررسی ضمیمه گرددو  توجه2.در صورت سخنرانی در برنامه های خارج از کشور، ارائه گواهی دال بر ایراد سخنرانی ضروری است.  توجه3.به ازای هر برنامه یک صفحه گزارش سفر درباره محتوای برنامه توسط متقاضی تهیه و ضمیمه مدارک گردد.  توجه4.به منظور ثبت امتیاز شما در سامانه آموزش مداوم، لازمست قبل از تحویل مدارک نسبت به عضویت در سامانه از طزیق آدرس [www.ircme.ir](http://www.ircme.ir) اقدام نمایید | |
| فرم شماره 31 | |