



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

(فرم درخواست اشتغال به کار در مؤسسات پزشکی شهر دوم)

موضوع بخشنامه مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۰۵/۱۰ و ۱۳۹۴/۰۶/۱۵ کمیسیون تبصره ۷ ماده ۱۳

(تکمیل این فرم به منزله تأیید مجوز فعالیت شهر دوم تا زمان صدور رأی کمیسیون تبصره ۷ نمی باشد.)

مشخصات فردی متقاضی	نام: نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: رشته تحصیلی: تلفن ثابت: تلفن همراه: آدرس مطب شهر اول / محل کار: تاریخ: امضاء و مهر متقاضی:
مشخصات محل مورد تقاضا (موسسه درمانی) شهر دوم	شهر: استان: نام مؤسسه: نوع مؤسسه درمانی: ☐ دولتی ☐ خصوصی ☐ خیریه ایام و ساعات: درخواست مسئول فنی یا مؤسس مرکز درمانی: تاریخ: امضاء و مهر مرکز درمانی:
نظر شبکه بهداشت و درمان شهر دوم	تعداد متخصصین فعال رشته مربوطه در بخش خصوصی: بخش دولتی: با حضور نامبرده در شهر فوق موافقت می گردد. تاریخ: امضاء و مهر رئیس شبکه بهداشت و درمان:
نظر معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهر دوم	(ارسال نامه موافقت از معاونت درمان از طریق اتوماسیون اداری دیدگاه) با ذکر موارد: ۱- نام مرکز ۲- روزهای فعالیت ۳- تأیید فعالیت بخش مربوطه و اعتبار پروانه تاسیس ۴- تعداد پزشکان فعال در رشته مربوطه در بخش دولتی و خصوصی
نظر سازمان نظام پزشکی شهر دوم	با حضور نامبرده در شهر فوق موافقت می گردد. تاریخ: امضاء و مهر رئیس سازمان نظام پزشکی: