



نگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی  
مرکز پزشکی آموزشی و درمانی

فرم تقاضای مشارکت در طرح تمام وقت جغرافیایی اعضای هیات علمی (پزشکان متخصص)

فرم شماره ۲  
معاونت محترم آموزشی دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً، با توجه به اظهار نظر معاونت محترم آموزشی این مرکز در خصوص فعالیتهای آموزشی و پژوهشی جناب آقای / سرکار خانم دکتر در طرح تمام وقت جغرافیایی از تاریخ لغایت و ارسال مدارک لازم (بیوست) بدینوسیله با مشارکت ایشان موافقت می گردد. خواهشمند است دستور به اقدامات لازم صادر و این مرکز را از نتیجه امر مطلع نمایند.

رئیس مرکز  
دکتر

دفتر

در کمیته نظارت بر طرح تمام وقت جغرافیایی مطرح گردد.

معاون آموزشی دانشگاه  
دکتر

مدیریت محترم امور نیروی انسانی دانشگاه  
سلام علیکم

در کمیته نظارت بر طرح مطرح

احتراماً، موضوع مشارکت سرکار خانم / جناب آقای دکتر و مورد موافقت قرار گرفت. شایسته است اقدامات لازم معمول دارند.

دکتر  
معاون آموزشی دانشگاه