



فرم درخواست تغییر وضعیت از تمام وقت جغرافیایی به تمام وقت غیر جغرافیایی
دانشکده پزشکی

نام خانوادگی : نام پدر : شماره پرسنلی :
رشته تخصصی : عضو هیات علمی گروه : نوع استخدام :
مرتبه علمی : تاریخ آخرین پایه دریافتی :
تاریخ شروع فعالیت آموزشی در دانشگاههای دولتی : تاریخ پایان ضرب ک : تاریخ شروع پیمانی آموزشی :

از تاریخ	لغایت تاریخ	از تاریخ	لغایت تاریخ

تقاضای دریافت مجوز پروانه مطب را دارم . لذا خواهشمند است در این خصوص اعلام نظر فرمایید.

مهر و امضای متقاضی : تاریخ :

نظر رئیس بخش فوق تخصصی : موافقت: مخالفت:
نام و نام خانوادگی : امضاء: تاریخ :

در صورتیکه که شرط خاصی وجود دارد توسط رئیس بخش ذکر گردد:

نظر مدیر گروه : موافقت: مخالفت:
نام و نام خانوادگی : امضاء: تاریخ :

در صورتیکه که شرط خاصی وجود دارد توسط مدیر گروه ذکر گردد:

نظر رئیس دانشکده پزشکی : موافقت: مخالفت:
نام و نام خانوادگی : امضاء: تاریخ :

نظر اعضای کمیته منتخب :

موارد فوق براساس ضوابط مصوبه هیئت رئیسه و کمیته منتخب بررسی و نامبرده واجد شرایط می باشد نمی باشد.

براساس مصوبه هیئت رئیسه دانشگاه مورخ ۹۶/ ۸/۲۵ و آئین نامه خروج از تمام وقت جغرافیایی موضوع بررسی و نامبرده جهت اخذ پروانه مطب واجد شرایط شناخته شدند ، مقتضی است برابر ضوابط و مقررات اقدام گردد.

معاون آموزشی دانشگاه