



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

دانشکده پزشکی

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

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:

مخالفت:

موافقت:

تاریخ:

امضاء:

نام و نام خانوادگی:

در صورتیکه شرط خاصی وجود دارد توسط رئیس بخش ذکر گردد.

نظر مدیر گروه:

مخالفت:

موافقت:

تاریخ:

امضاء:

نام و نام خانوادگی:

در صورتیکه شرط خاصی وجود دارد توسط مدیر گروه ذکر گردد.

نظر رئیس دانشکده پزشکی:

مخالفت:

موافقت:

تاریخ:

امضاء:

نام و نام خانوادگی:

نظر اعضاء کمیته منتخب:

موارد فوق بر اساس ضوابط مصوبه هیئت رئیسه و کمیته منتخب بررسی و نامبرده واجد شرایط می باشد نمی باشد
 بر اساس مصوبه هیئت رئیسه دانشگاه مورخ ۹۶/۸/۲۵ و آیین 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