

فرم گواهی خارج از کشور	
نام و نام خانوادگی	میزان امتیاز کارشناسی شده: میزان امتیاز جلسه:
تخصص	نوع امتیاز:
شماره کد ملی	تاریخ جلسه:
نام دوره(فارسی):	اصل گواهی با امضاء رویت شد
زمان برگزاری (روز / ماه / سال شمسی):	تأیید کارشناس:
محل و سازمان برگزار کننده (فارسی):	توضیحات:
کشور / محل طبابت در سال دریافت امتیازات:	
در متن گواهی ارائه شده چند CME تأیید شده وجود دارد	
زبان گواهی ارائه شده:	
ارائه تصویر آخرین پروانه مطب / دانشنامه:	

محل امضاء عضو

مدعو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

معاونت آموزشی دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی

پرسشنامه مشفصات شرکت کنندگان در سمینارها ، کنگره ها و دوره های آموزش مداوم فارغ از

کشور به منظور تعیین امتیاز آموزش مداوم

خواهشمند است فرم زیر را به طور کامل و خوانا تکمیل و همراه با کلیه مدارک به این دفتر تحویل گردد.

<p>12- نحوه شرکت در برنامه: شرکت کننده: سخنرانی: شرکت کننده و سخنرانی: سایر موارد با ذکر مشخصات:</p>	<p>۱- نام و نام خانوادگی: ۲- رشته تحصیلی: ۳- شماره نظام پزشکی:</p>
<p>13- عناوین بحث شده در برنامه با توجه به رشته تخصصی: الف) ب) ج) د) و)</p>	<p>۴- نام برنامه: ۵- محل برگزاری: ۶- سازمان برگزار کننده: ۷- زمان برگزاری: تاریخ: لغایت:</p>
<p>14- نوع فعالیت شغلی: <input type="checkbox"/> شاغل در بخش دولتی: <input type="checkbox"/> آزاد: آدرس محل کار: کد پستی: تلفن: امضاء:</p>	<p>8- برنامه برای متخصصین چه رشته هایی عرضه شده است: الف) ب) ج) 9- تعداد ساعات کل برنامه: 10- تعداد کل ساعات بحث مربوط به رشته تخصصی متقاضی: 11- نحوه اجرای برنامه: <input type="checkbox"/> سخنرانی <input type="checkbox"/> سخنرانی، کار عملی، بحث گروهی <input type="checkbox"/> کار گروهی <input type="checkbox"/> کار عملی در بخش <input type="checkbox"/> سایر موارد با ذکر نام</p>
<p>توجه: خواهشمند است ضمن تکمیل پرسشنامه مدارک زیر ضمیمه گردد: (فتوکپی کارت نظام پزشکی، اصل و کپی شرکت در برنامه، بروشور برنامه، فتوکپی مدرک تحصیلی، گزارش مربوطه)</p>	

