

برگه صدور مجوز خروج از طرح تمام وقت جغرافیایی - صدور پروانه مطب اعضای هیأت علمی

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره ملی: متخصص فوق تخصص فلوشیپ
 رشته تحصیلی: گروه آموزشی: مرتبه علمی: پایه نوع استخدام
سابقه فعالیت آموزشی و نوع درخواست
 مدت فعالیت آموزشی: (..... روز ماه سال) نام دانشگاه محل فعالیت: تاریخ شروع فعالیت آموزشی
 در دانشگاه های دولتی .../.../..... درخواست: صدور پروانه مطب / تمدید پروانه مطب

| | | |
|------------|---|--|
| نظریه مرکز | نظر رئیس بخش موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: | نظر معاون آموزشی مرکز موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: |
| | نظر رئیس مرکز موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: | نظر مدیر گروه موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: |
| نظریه گروه | نظر رئیس دانشکده موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: | نظر مدیر امور هیأت علمی دانشگاه موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: |
| | نظر معاون آموزشی دانشگاه موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> توضیحات نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: | |