***دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني رفسنجان***

مشخصات دستيار:

1. نام: 2. نام خانوادگي: 3. شماره شناسنامه:

4. محل صدور: 5. تاريخ تولد: 6. محل تولد:

7. نام پدر: 8. کدملي: 9. دين:

10. مليت: 11. وضعيت تاهل: 12. نام همسر:   
13: شغل همسر: 14. تعداد فرزند:

مشخصات تحصيلي:

1. تاريخ اخذ دوره پزشکي: 2. نام و آدرس دانشگاه قبلي(مقطع عمومي):

3. رشته تحصيلي دوره دستياري: 4. تاريخ شروع دوره: 5. شماره نظام پزشکي:

6. دوره قبولي: 7. وضعيت نظام وظيفه:

8. نوع سهميه: 9. نوع تعهد سپرده شده:

10. آدرس دقيق فعلي :

.11شماره تلفن(همراه و ثابت) : محل امضاء دستيار