



محل الصاق عکس

### فرم شماره ۱

فرم ثبت نام داوطلبین هیئت مدیره پنجمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری

نام و نام خانوادگی :	مشهور به :
جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	شماره نظام پرستاری :
تاریخ تولد :	نام پدر:
شماره ملی :	شماره شناسنامه :
محل صدور:	شهر / استان محل تولد:
نام و نام خانوادگی قبلی :	توضیحات آخر شناسنامه :
سوابق و تجربیات شغلی :	سطح تحصیلات :
شغل قبلی :	شغل فعلی :
آدرس محل کار :	آدرس محل سکونت :
شماره تلفن محل سکونت	شماره تلفن محل کار:
حوزه انتخابیه :	شماره تلفن همراه :
استان :	

تاریخ - امضاء



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ستاد اجرایی مرکزی پنجمین  
دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری

بسمه تعالی

شماره .....  
تاریخ .....  
پوست .....

## فرم شماره ۵

ریاست محترم هیئت اجرایی انتخابات سازمان نظام پرستاری شهرستان .....

سلام علیکم

احتراماً وفق بند ۴ از تبصره ۳ ماده ۱۷ آیین نامه اجرایی انتخابات نظام پرستاری بدین وسیله گواهی می شود،  
جناب آقای / سرکار خانم ..... فرزند ..... به شماره نظام پرستاری .....  
سابقه حداقل سه سال سکونت / اشتغال در این شهرستان دارد.

رئیس هیئت مدیره نظام پرستاری

شهرستان .....