



فرم ثبت نام

نام : نام خانوادگی : زن : مرد :

شماره نظام پزشکی : نوع پروانه : دائم : موقت :

تاریخ صدور پروانه مطب : پروانه مطب ندارم :

آخرین مدرک تحصیلی : دانشگاه : شهر : کشور :

سال فارغ التحصیلی : محل استخدام : سمت :

چه فعالیتی در حوزه درد داشته اید ؟

در چه سالهایی ؟ بالینی : علوم پایه :

آیا مایل به همکاری در امور انجمن می باشید ؟ در چه زمینه ای ؟

آدرس محل سکونت :

کدپستی : تلفن :

آدرس محل کار :

کدپستی : تلفن :

آدرس پست الکترونیکی :

تاریخ :

امضا :

مسئول دریافت و بررسی مدارک :