**فرم عضویت انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران**

محل قرار دادن عکس

نام و نام خانوادگی :

جنسیت  
 زن مرد

شماره تماس : آدرس پست الکترونیکی :

وضعیت اشتغال:

آخرین مدرک تحصیلی : وضعیت فعلی تحصیلی:

سال فارغ التحصیلی :

دانشگاه محل تحصیل : شهر و کشور محل تحصیل :

پروانه مطب  
 دارم ندارم

نوع پروانه  
 دائم موقت

تاریخ صدور پروانه مطب: شماره نظام پزشکی :

محل استخدام : سمت :

آدرس محل سکونت و کد پستی :

آدرس محل کار و کد پستی:

چه فعالیتی در حوزه­ی درد داشته اید؟

آیا مایل به همکاری با انجمن مطالعه و بررسی درد در ایران می­باشید؟ در چه زمینه ای؟

لطفا پس از تکمیل فایل word آن را به آدرس پست الکترونیکی انجمن ارسال نمایید.

[iranpain.ips@gmail.com](mailto:iranpain.ips@gmail.com)