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

محل قرار دادن عکس

نام و نام خانوادگی :

جنسیت  
 زن  مرد

شماره تماس : آدرس پست الکترونیکی :

آخرین مدرک تحصیلی : دانشگاه محل تحصیل :

شهر محل تحصیل : کشور محل تحصیل :

سال فارغ التحصیلی :

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)