

بسمه تعالی  
فرم کمیته درمان

شماره و تاریخ تقاضا:

نام و نام خانوادگی متقاضی (متقاضیان) و مدرک تحصیلی :

1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.

آدرس محل کار:

تلفن تماس:

خلاصه تقاضا:

تعداد مورد نیاز بر اساس شاخص جمعیتی:

تعداد موسسه موجود در استان یا شهرستان:

مدارک پیوست:

در صورت درخواست ایجاد موسسه آدرس کامل و کروکی محل:

کروکی:

صلاحیت افراد:

نحوه عملکرد در سطح دانشگاه :

مصوبه کمیته درمان مورخ :

موافقت ( )

مخالفت ( )

نام و نام خانوادگی اعضاء کمیته درمان:

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	
4.	9.	
5.	10.	

## بسم تعالی

لطفاً جهت مطرح شدن درخواستتان در کمیته درمناخ به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید.

آیا تاکنون در موسسه پزشکی عضویت داشته اید؟

آیا تا کنون مسئول فنی موسسه پزشکی را بعهده داشته اید؟

آیا دارای سابقه تاسیس موسسه پزشکی و یا مسئول فنی موسسه پزشکی در سایر استانها می باشید؟

آیا تا کنون پروانه مطب در دیگر استانها اخذ نموده اید؟ در صورت مثبت بودن جواب کدام شهر؟

آیا دارای سابقه عضویت نظام پزشکی می باشید؟

آیا تا کنون با موسسه پزشکی همکاری داشته اید در صورت مثبت بودن جواب در کدام استان و با چه موسسه ای؟

اینجانب..... در امر مدرک تحصیل.....

صحت موارد فوق را تایید می نمایم و در صورت خلاف واقع بودن هر یک از موارد بالا، معاونت درمناخ مجاز به اخذ و یا ابطال مجوز صادره می باشد.

مهر و امضاء متقاضی