



بسمه تعالی

بیمارستان مردم

### فرم دعوت به همکاری پزشکی

پزشک گرامی

باسلام واحترام

بیمارستان مردم مفتخر است در راستای رسالت خدمت رسانی به بیماران نیازمند درمان از بهترین کادر مجرب پزشکی بهره گیرد، بدین منظور با کمال افتخار از جنابعالی جهت همکاری در این مرکز دعوت بعمل می آورد. در صورت تمایل به همکاری با این مرکز، لطفا اطلاعات ذیل را تکمیل فرمایید.

- کد ملی:

- نام:

- مدرک تحصیلی:

- رشته تحصیلی:

- آیا عضو هیئت علمی هستید؟  بله  خیر  نام دانشگاه: .....

- آیا تمایل به ویزیت بیماران در درمانگاه بیمارستان مردم دارید؟  بله

<input type="checkbox"/> شب	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر	<input type="checkbox"/> یکشنبه	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر
<input type="checkbox"/> دوشنبه	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر	<input type="checkbox"/> سه شنبه	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر
<input type="checkbox"/> چهارشنبه	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر	<input type="checkbox"/> پنجشنبه	<input type="checkbox"/> شیفت صبح	<input type="checkbox"/> شیفت عصر

- آیا تمایل به انجام عمل جراحی در اتاق عمل بیمارستان مردم دارید؟  بله

✓ زمینه های مورد علاقه در جراحی:

- شماره تلفن همراه:

- شماره تلفن مطب:

- آدرس مطب:

- در صورت تمایل بفرمایید در حال حاضر با کدام مراکز درمانی همکاری دارید؟

- در صورت داشتن رزومه کاری لطفا در کادر پشت فرم یادداشت فرمائید.

امضاء تکمیل کننده فرم

## رزومه

---

سوابق تحصیلی :

.....

.....

.....

.....

سوابق شغلی :

.....

.....

.....

.....

توانمندی های خاص تخصصی :

.....

.....

.....

.....