

بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده دندانپزشکی
فرم درخواست ثبت نام برای شرکت در آزمون فلوشیپ

اینجانب دکتر فرزند..... به شناسنامه شماره صادره از

متولد سال متخصص در رشته مذکر مونث

که مجرد متاهل و دارای نفر فرزند می باشم با اعلام آگاهی کامل از شرایط مندرج

در ضوابط پذیرش دستیاری فلوشیپ و با اعلام و تایید مراتب زیر متقاضی ثبت نام برای شرکت در آزمون ورودی دوره
فلوشیپ پرویو ایمپلنت پروتزر ایمپلنت در آن دانشکده می باشم.

۱- دوره دندانپزشکی عمومی را در دانشکده دندانپزشکی کشور گذرانیده ام.

۲- محل تحصیلات تخصصی اینجانب دانشکده دندانپزشکی کشور بوده است.

۳- در ماه سال در رشته تخصصی فارغ التحصیل گردیده ام

و در امتحانات بورد تخصصی شرکت نموده ام شرکت نموده ام

و در سال با نمره معدل (کتبی و شفاهی) قبول شده و حائز رتبه گردیده ام.

۴- در حال حاضر در مشغول به کار می باشم و در مطب خصوصی نیز

فعالیت می نمایم فعالیت ندارم

۵- خلاصه سوابق فعالیت های علمی ، آموزشی ، پژوهشی ، فرهنگی ، هنری ، اجتماعی ، ورزشی ، اینارگری و.....

اینجانب به شرح زیر می باشد.(لطفاً به صورت خلاصه و واضح بنویسید)

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶

-۷

-۸

-۹

-۱۰

تاریخ امضا