

فرم پذیرش عضویت پزشکان انجمن صرع ایران



انجمن صرع ایران
حمایت از بیماران مبتلا به صرع

تاریخ:

اینجانب آمادگی خود را برای عضویت و همکاری با "انجمن صرع ایران"، اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره ملی:

تاریخ تولد: شماره نظام پزشکی:

پزشک عمومی ☐ پزشک متخصص ☐ نوع تخصص:

درجه دانشگاهی: نام دانشگاه:

در چه زمینه ای مایل به همکاری با انجمن صرع هستید؟

- ☐ ارائه مقاله و امور پژوهشی
- ☐ مدرس جلسات و کارگاه های آموزشی
- ☐ ترجمه مقالات مرتبط
- ☐ تهیه پمفلت یا کتاب های آموزشی
- ☐ مسئولیت نمایندگی در مراکز استان ها
- ☐ پذیرش بیماران مبتلا برای معالجه
- ☐ مسئولیت های اجرایی و مدیریتی

سایر موارد:

استان/شهر محل سکونت:

نشانی پستی:

تلفن همراه: تلفن ثابت:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E Mail:

مهر و امضاء

حق عضویت یک ساله:

مبلغ: تاریخ: