**(جدول شماره3)**

**فرم معرفي واجدين شرايط دوره MPH پودماني**

**اطلاعات عمومي فرد معرفي شده**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي** | **تاريخ تولد** | **آخرين مدرك تحصيلي قابل ارائه** | **جمع مدت سوابق خدمتي**  | **مدت خدمات در ستادهاي شهرستان و دانشگاه** |
|  |  |  |  |  |

**نوع گرايش و دانشگاهي كه فرد براي آن معرفي شده است**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام گرايش** | **نوع دوره** | **نام دانشگاه** |
| **حضوري** | **پودماني** |
|  |  |  |  |

**سابقه خدمات مرتبط در زمينه گرايشي كه فرد براي آن معرفي شده است.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **پست سازماني فرد معرفي شده** | **حيطه فعلي فعاليت فرد معرفي شده براساس ابلاغ مدير** | **مدت فعاليت در حيطه‌اي كه براي آن ابلاغ صادر شده است** | **واحد سازماني كه فرد در آن اشتغال دارد (مثال گروه گسترش شبكه- معاونت بهداشتي)** |
|  |  |  |  |

صحت مندرجات جداول فوق و فعاليت فرد در حيطه گرايشي كه معرفي شده است مورد تائيد است.

|  |  |
| --- | --- |
| **تاريخ**: نام و نام خانوادگي معاون بهداشتي**:** | امضاء معاون بهداشتي |

**نقص درارائه مدارك مرتبط با اطلاعات فوق در هنگام ثبت نام در دانشگاه براي آزمون يا پس از قبولي در آن و تكميل ناقص اين فرم موجب حذف افراد مي شود.**

توجه داشته باشيد كه سهميه هاي دانشگاه علوم پزشكي كرمان تنها مختص دانشگاه هاي منطقه جنوب شرق كشور است.