



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم مشخصات

الف) مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: آخرین مدرک تحصیلی: شماره شناسنامه: سابقه فعالیت: سال: تلفن ثابت: آدرس پست الکترونیکی: آدرس: کد ملی: محل صدور: تلفن همراه:

ب) سوابق آموزشی (۱۵ امتیاز):

ردیف	عنوان دوره	مرجع صدور گواهی	سال دوره
۱			
۲			

ج) سوابق پژوهشی (در مجموع ۲۵ امتیاز):

۱. مقالات علمی (اعم از تألیف یا ترجمه) در نشریات دانشجویی/دانشگاهی، همایش ها و سمینارها (۱۰ امتیاز):

ردیف	عنوان مقاله	تألیف/ترجمه	سال چاپ
۱			
۲			

۲. طرح پژوهشی (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان طرح	مجری/همکار	سال انتشار
۱			
۲			

۹

۳. تألیف یا ترجمه کتاب (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان کتاب	تألیف/ترجمه	مجری/همکار	سال انتشار
۱				
۲				

۴. اختراع (۵ امتیاز):

ردیف	عنوان اختراع	نام همکاران	شماره ثبت	محل ثبت	تاریخ ثبت
۱					
۲					

د) سوابق درمانی (۶۰ امتیاز):

ردیف	مرکز محل فعالیت	وابستگی مرکز	مدت فعالیت (از سال تا سال)
۱			
۲			
۳			

۱۰

