

کاربرگه جمع آوری اطلاعات امضا کتابخانه

شماره عضویت:	تاریخ اعتبار:
--------------	---------------

نام خانوادگی: نام پدر:

نام:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

محل تولد:

تاریخ تولد:

نشانی و شماره تلفن منزل:

تلفن همراه:

نشانی و شماره تلفن محل کار:

آدرس پست الکترونیکی (Email):

مدرک تحصیلی:

شغل:

شماره هئیت علمی:

شماره نظام پزشکی:

شماره کارمندی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی:

تعهد نامه

اینجانب

دانشجو رشته / عضو هئیت علمی / کارمند

دانشگاه علوم پزشکی

کلیه مندرجات در آیین نامه اجرایی کتابخانه

مرکزی دانشگاه علوم پزشکی را به دقت مطالعه نموده و تعهد مینمایم در صورت عدم رعایت آیین

نامه اجرایی مطابق مقررات با اینجانب رفتار شود.

امضاء متقاضی

تاییدیه آموزش: