فرم درخواست همکاری در کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر /سرکار خانم دکتر ..... مدیر محترم گروه ..... دانشکده پزشکی اصفهان

با سلام و احترام **شماره و تاریخ درخواست: .....**

اینجانب دکتر ..... فوق تخصص O/ فلوشیپ O/ متخصص O/ دستیار فوق تخصصی O/ دستیار فلوشیپ O/ در رشته .....، به شماره نظام پزشکی .....، عضو هیات علمی O دارای رتبه..... ؛ غیر هیات علمی O/ مشمول تعهدات قانونی (ضریب k) O/ تمام وقت درمانی O/ تمام وقت آموزشی O متقاضی همکاری در کلینیک ویژه ..... دانشگاه، در روزهای شنبهO/یک شنبه O/ دو شنبه O/ سه شنبه O/ چهار شنبه O/ هر هفته می باشم.

ذکر محل و روزهای اشتغال جهت مشمولین تعهدات ضریب k:

.....

مستدعی است دستور اقدام لازم صادر فرمایید.

توضیح:.....

.....

.....

تاریخ درخواست :..... تلفن تماس: .....

مهر و امضاء پزشک

نظریه مدیر گروه :

با توجه به درخواست جناب آقای دکتر/سرکار خانم دکتر ..... فوق تخصص O/ فلوشیپ O/ متخصص O/ دستیار فوق تخصصی O/ دستیار فلوشیپ O در رشته .....، به شماره نظام پزشکی .....، مبنی بر همکاری با کلینیک ویژه ..... دانشگاه، بدینوسیله با فعالیت ایشان در کلینیک ویژه ..... در روزهای شنبهO/یک شنبه O/ دو شنبه O/ سه شنبه O/ چهار شنبه O/ هر هفته موافقت به عمل می آید.

لذا مستدعی است دستور اقدام لازم صادر فرمایید.

تاریخ: **مهر و امضاء مدیر گروه :**