



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم ورود اطلاعات متقاضی مسئول فنی

مشخصات متقاضی مسئول فنی :			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
محل صدور:	تاریخ تولد: / /	کد ملی:	محل تولد:
مشخصات تماس نشانی محل سکونت : شهر: خیابان اصلی: خیابان فرعی: پلاک: کدپستی : کدشهر: تلفن : تلفن همراه: وب سایت: پست الکترونیک:			
مدرک تحصیلی (آخرین مقطع) این قسمت براساس پروانه دائم/یا دانشنامه/یا پایان طرح نیروی انسانی/یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد مقطع: ☐ کاردان ☐ کارشناس ☐ کارشناس ارشد ☐ دکترای حرفه ای ☐ PhD ☐ متخصص ☐ فوق تخصص ☐ سایر رشته /تخصص و یا سایر موارد ذکر شود: نوع دانشگاه: ☐ دانشگاه علوم پزشکی ☐ دانشگاه آزاد اسلامی ☐ سایر دانشگاههای کشور ☐ دانشگاه های خارج از کشور دانشگاه محل تحصیل: نام دانشگاه: زمان فارغ التحصیلی: شماره نظام پزشکی: تذکر: شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشد به صورت نمونه نوشته شوند: م ۱۹۹۶			
وضعیت اشتغال فعلی ☐ عدم وابستگی استخدامی به دولت- ☐ عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی ☐ عضو هیئت علمی نیمه وقت ☐ کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی- ☐ کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها ☐ کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها- ☐ ضریب کا- ☐ کارمند بازنشسته			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

مشخصات پروانه مطب	شهر:	تاریخ صدور :	تاریخ اعتبار :
-------------------	------	--------------	----------------

سوابق فعالیت:

ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار:..... ماه



نوبت کاری								
نوبت های کاری دقیقاً مطابق با ساعات کاری مسئول فنی پر شود و علاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود . به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد و عصر روزهای زوج . عنوان نوبت کاری:.....								
	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	همه روزهای هفته
صبح								
عصر								
شب								

محل فعالیت مسئول فنی در موسسه		
کل موسسه ☐	بخشی از موسسه ☐	نام بخش مربوطه:
منظور از بخش، قسمتی است که مسئول فنی، مسئولیت فنی آن را تقبل نموده است		

چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری، مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید:

نوع موسسه:	نام موسسه:	نوبت کاری:
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد):		

مدارک مسئول فنی

مدارک عمومی		مدارک اختصاصی
☐ اصل فرم مشخصات متقاضی مسئول فنی ☐ اصل فرم تقبل مسئولیت فنی ☐ اصل و تصویر کارت ملی ☐ دو قطعه عکس 3x4	پزشک و دندانپزشک	☐ اصل و تصویر پروانه مطب معتبر
		☐ اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی
		☐ اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما
		☐ اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز
	☐ اصل گواهی عدم اعتیاد ☐ اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت ☐ کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان) ☐ اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی/یا تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول برای افراد بدون حکم کارگزینی)(ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)	پیرا پزشک
☐ گواهی گذراندن دوره بازآموزی و یا تعهد گذراندن آن		
☐ اصل و تصویر گواهی دوره های مورد نیاز		
☐ اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز (در صورت لزوم بر اساس آئین نامه)		
☐ اصل و تصویر گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری در موسسه (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)		سایرین
	☐ اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما (ویژه کاردان های اپتیک)	
☐ گواهی قبولی در آزمون وزارت بهداشت (ویژه عینک طبی)		
❖ منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه مسئولین فنی (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند.		
❖ مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی مسئول فنی و نوع موسسه باید ارائه شود و مربوط به کلیه مسئولین فنی نمی باشد.		



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:

اینجانب _____ با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی، مندرجات این فرم را تأیید

نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- ۱ - آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۲ - شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۳ - با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه فعالیت ندارم.
- ۴- در صورت درخواست استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین)، مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

نام و نام خانوادگی و

امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود