جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ستاد اجرایی مرکزی
پنجمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری

بسمه تعالی

شماره .....
تاریخ .....
پیوست .....

محل الصاق عکس

فرم شماره ۱

فرم ثبت نام داوطلبین عضویت در پنجمین دوره انتخابات شورای عالی سازمان نظام پرستاری

نام و نام خانوادگی :	مشهور به :
جنسیت : مرد ☐ زن ☐	شماره نظام پرستاری :
تاریخ تولد :	نام پدر:
شماره ملّی :	شماره شناسنامه :
محل صدور:	محل تولد : (استان / شهر)
نام و نام خانوادگی قبلی :	توضیحات آخر شناسنامه :
سوابق و تجربیات شغلی :	سطح تحصیلات : (دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری)
شغل قبلی :	گروه شغل فعلی : (پرستاری، بهیاری، اتاق عمل / هوشبری)
آدرس محل کار :	آدرس محل سکونت :
شماره تلفن محل سکونت	شماره تلفن محل کار:
شهرستان هیئت مدیره / حوزه انتخابیه :	شماره تلفن همراه :
استان هیئت مدیره :	آدرس پست الکترونیک :
هیت علمی : (بلی ☐ خیر ☐)	

تاریخ ـ امضاء

دبیرخانه : شهرک قدس، خیابان سیمای ایران، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۳، ستاد اجرایی مرکزی پنجمین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری **تلفن:** ۸۱۴۵۵۷۱۰ **دورنگار:** ۸۸۳۶۴۲۳۴

آدرس پورتال: http://medcare.health.gov.ir/acn/sremc/SitePages/Home.aspx