

پیوست ۱

فرم درخواست صدور/تمدید مجوز توسط پزشک متخصص متقاضی در قالب مطب/ واحد کاری

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	محل تولد:	
شماره نظام پزشکی:	سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی:		
متقاضی مجوز انجام معاینات سلامت شغلی جهت:			
☐ مطب		☐ واحد کاری	
متقاضی:			
☐ صدور مجوز		☐ تمدید مجوز	
تاریخ اعتبار پروانه مطب:			
تعداد سال های کار به عنوان پزشک عمومی:.....			
تعداد سال های کار به عنوان پزشک عمومی دارای مجوز اعم از مطب یا واحد کاری:.....			
تعداد سال های کار به عنوان پزشک متخصص طب کار:.....			
دانشنامه تخصصی طب کار:		☐ دارد ☐ ندارد	
شماره تلفن همراه:			
شماره تلفن و آدرس منزل:			
آدرس مطب/واحد کاری:			

امضاء و مهر متقاضی