**نام: نام خانوادگی: نام پدر: کدملی:**

**شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل تولد:** **شماره نظام پزشکی:**

**سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی: شماره تماس همراه:**

**متقاضی مجوز انجام معاینات سلامت شغلی جهت : مطب واحدکاری**

**متقاضی صدور تمدید**

**گواهی بازآموزی مدون طب کار در 2 سال اخیر ( مدون 1 تا 5 و به صورت غیرتکراری): دارم ندارم**

**تاریخ اعتبار گواهی بازآموزی: ...................................................**

**تاریخ اعتبار پروانه مطب: .........................................**

**تعداد سال های کار به عنوان پزشک عمومی دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی در قالب مطب و واحدکاری: ..................**

**تعداد دوره های گذرانده بازآموزی مدون طب کار: ........................................**

**آدرس و شماره تماس منزل:**

**آدرس و شماره تماس مطب / واحدکاری:**

**اینجانب ........................................... بدلیل اتمام اعتبار پروانه مطب در تاریخ ............................................ متعهد می گردم یک هفته پس از اتمام تاریخ فوق نسبت به ارائه پروانه مطب جدید به مرکز بهداشت استان اقدام نمایم.**

**اینجانب ........................................... مشمول بند "ب" ماده 74 قانون برنامه ششم توسعه و تبصره های ذیل نمی باشم ( عدم استخدام رسمی و پیمانی در هیچ کدام از ارگانها و سازمان های دولتی )**

**توضیحات:**

**\* صدور و تمدید مجوز انجام معاینات سلامت شغلی در صورت تکمیل بودن کلیه مدارک انجام خواهد پذیرفت و در صورت ناقص بودن مدارک، مجوز صادر یا تمدید نخواهد شد.**

**امضاء و مهر متقاضی**