



دانشکده بهداشت

فرم درخواست تدریس

مدیر گروه محترم.....

با تقدیم سلام و احترام اینجانب.....فرزند..... به شماره شناسنامه:.....

متولد سال:..... وضعیت اشتغال:..... وضعیت تحصیلی:..... رشته تحصیلی:.....

مقطع:..... درخواست همکاری بصورت حق التدریس با دانشکده بهداشت بجنورد را دارم.

آدرس:

تلفن:

تاریخ / امضاء متقاضی

موافقت مسئول واحد محل اشتغال (فقط برای همکاران دانشگاه علوم پزشکی تکمیل می گردد):

نام و نام خانوادگی مسئول مافوق/امضا

معاون محترم آموزشی دانشکده

با تقدیم سلام و احترام/ در خواست نامبرده مورد بررسی قرار گرفت ، مورد تایید میباشد / نمی باشد.

توضیحات:.....

نام و نام خانوادگی مدیر گروه/امضا

نظریه شورای آموزشی دانشکده:

درخواست همکاری آقای / خانم..... در جلسه شماره..... مورخه..... شورای آموزشی مورد بررسی قرار گرفت و رای شورا به شرح ذیل اعلام می گردد .

--	--

نام و نام خانوادگی

مدیر اداره آموزش

نام و نام خانوادگی

معاون آموزشی دانشکده



دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

محل الصاق
عکس

فرم همکاری متقاضیان تدریس در دانشکده بهداشت بجنورد

تکمیل دقیق این فرم برای پرونده ضروری می باشد ، لذا خواهشمند است پرسشنامه را به طور دقیق و خوانا تکمیل فرمایید

۱ - مشخصات متقاضی

												نام خانوادگی :																																															
												نام :																																															
نام پدر :												شماره شناسنامه :												محل تولد :												محل صدور :												تاریخ تولد :											
کد ملی :												مذهب :												تابعیت :												وضعیت تأهل : ☐ متاهل ☐ مجرد												تعداد فرزندان :											
تلفن همراه :												تلفن محل کار :												تلفن دیگری که درموقع ضروری بتوان با شما تماس گرفت :												نشانی کامل محل سکونت :																							
وضعیت نظام وظیفه آقایان : خدمت کرده ☐ معافیت تحصیلی ☐ معافیت دائم ☐ مشغول به خدمت ☐ تاریخ پایان خدمت :																																																											

۲ - سوابق تحصیلات دانشگاهی : (خواهشمند است عنوان دقیق واحدهای دانشگاهی را قید فرمایید .)

ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	کشور محل تحصیل	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱	کارشناسی					
۲	کارشناسی ارشد					
۳	دکتری					
۵	سایر دوره های تخصصی					
عنوان پایان نامه کارشناسی ارشد :						
عنوان رساله دکتری :						
زبان هایی که در نگارش و تکلم به آن مسلط هستید :						
آیا در حال حاضر مشغول به تحصیل هستید ؟ ☐ بلی ☐ خیر						
در صورت مثبت بودن جواب ، جدول زیر را تکمیل نمایید :						
رشته تحصیلی	نام نشانی محل تحصیل	مقطع تحصیلی	تاریخ شروع	تاریخ تقریبی اتمام تحصیل		

۳- سوابق آموزشی : چنانچه در دانشگاه ها یا مؤسسات آموزش عالی سابقه تدریس دارید در جدول ذیل مرقوم فرمایید .

ردیف	نام دانشگاه یا موسسه آموزشی	عنوان درسهایی که تدریس نموده یا می‌نمایید	تاریخ		آدرس موسسه	تلفن
			شروع	پایان		
۱						
۲						
۳						
۴						

۴- سوابق پژوهشی : چنانچه در دانشگاه ها یا مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی سابقه پژوهشی دارید در جدول ذیل مرقوم فرمایید .

ردیف	نام دانشگاه یا موسسه آموزشی و پژوهشی	عنوان طرحهایی که اجرا نموده اید	تاریخ		آدرس موسسه	تلفن
			شروع	پایان		
۱						
۲						
۳						

۵- با توجه به رشته تحصیلی خود ، داوطلب تدریس در چه رشته و درس یا دروسی هستید ؟

۱-	۲-	۳-	۴-	۵-
----	----	----	----	----

۶- سوابق اشتغال متقاضی :

ردیف	نام محل اشتغال	واحد سازمانی	نوع مسئولیت	شهرستان	تاریخ		نشانی	تلفن
					شروع	پایان		
۱								
۲								
۳								

مدارک لازم برای تشکیل پرونده حق التدریس در دانشکده بهداشت بجنورد :

۱. اصل فرم تکمیل شده درخواست همکاری به صورت حق التدریس (فرم حاضر)
۲. کپی مدارک تحصیلی مقاطع دکتری ، کارشناسی ارشد و کارشناسی
۳. تصویر تمامی صفحات شناسنامه
۴. تصویر کارت ملی
۵. تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت
۶. افرادی که در سازمان های دولتی استخدام رسمی هستند بایستی تصویر آخرین حکم استخدامی را ارائه نمایند.

اینجانب با صحت و دقت به سوالات این پرسشنامه پاسخ گفته و نسبت به آن خود را مسئول و متعهد می دانم . ضمناً تمامی مدارک خواسته شده را همراه با این پرسشنامه تحویل می نمایم.

امضا متقاضی و تاریخ :