

|                                                                                                                   |             |                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی<br>شماره سند: ۱:۴۶-PR۰۰۰-REL۰۰-MH                                                  |             |  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز<br>مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی |  |
| ویرایش: ۵<br>تاریخ بازنگری: ۹۷/۸/۱<br>بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱                                                        |             | فرم درخواست عضویت در کتابخانه                                                                                                                                      |  |
| اطلاعات شخصی                                                                                                      |             |                                                                                                                                                                    |  |
| محل الصاق عکس                                                                                                     | نام پدر:    | نام و نام خانوادگی:                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                   | محل تولد:   | تاریخ تولد:                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                   | تلفن همراه: | کد ملی:                                                                                                                                                            |  |
| تلفن ثابت:                                                                                                        |             | آدرس پست الکترونیکی:                                                                                                                                               |  |
| آدرس محل سکونت:                                                                                                   |             |                                                                                                                                                                    |  |
| مشخصات آموزشی                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                    |  |
| مقطع تحصیلی:                                                                                                      |             | شماره دانشجویی:                                                                                                                                                    |  |
| تاریخ شروع مقطع تحصیلی:                                                                                           |             | رشته تحصیلی:                                                                                                                                                       |  |
| پست سازمانی:                                                                                                      |             | تاریخ فارغ التحصیلی:                                                                                                                                               |  |
| مشخصات اداری (این قسمت توسط پزشکان و کارمندان تکمیل شود)                                                          |             |                                                                                                                                                                    |  |
| شماره نظام پزشکی ، یا پرستاری                                                                                     |             | شماره پرسنلی:                                                                                                                                                      |  |
| محل خدمت:                                                                                                         |             | وضعیت استخدام:                                                                                                                                                     |  |
| پست سازمانی:                                                                                                      |             | واحد سازمانی:                                                                                                                                                      |  |
| آخرین مدرک تحصیلی:                                                                                                |             |                                                                                                                                                                    |  |
| تعهدنامه                                                                                                          |             |                                                                                                                                                                    |  |
| اینجانب ..... متعهد می شوم ضوابط کتابخانه را رعایت نمایم و در غیر این صورت برابر مقررات کتابخانه برخورد خواهد شد. |             |                                                                                                                                                                    |  |
| امضاء:                                                                                                            |             | تاریخ:                                                                                                                                                             |  |
| تلفن: (۳۳۷) ۰۲۶-۳۴۴۲۷۰۱۵                                                                                          |             | آدرس: کرج چهارراه طالقانی بلوار ماهان ، میدان مدنی، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی ، واحد کتابخانه                                                                   |  |
| نشانی وب سایت <a href="http://www.abzums.ac.ir">http://www.abzums.ac.ir</a>                                       |             | پست الکترونیکی نشانی <a href="mailto:haspitall.madani@gimil.com">haspitall.madani@gimil.com</a> ****                                                               |  |