

فرم مشخصات کمیسیون ماده یک ارتقاء اساتید



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گستران

محل الصاق عکس

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی :	محل تولد :	مذهب :
دانشکده :	گروه :	وضعیت تأهل :
متقاضی ارتقاء از به		
شماره تماس : داخلی دانشگاه: همراه :		
پست الکترونیک :		

سوابق خدمت دانشگاهی و غیر دانشگاهی به ترتیب تاریخ :

نوع استخدام رسمی - پیمانی	تمام وقت یا پاره وقت	مرتبه دانشگاهی	سمت	تاریخ		جمع مدت		محل خدمت
				از	تا	سال	ماه	

فعالیت های اجرایی داخل و خارج از دانشگاه :

نوع فعالیت : محل فعالیت :

مدت فعالیت : از تا

امضاء و تاریخ