



## فرم عضویت کانون اعتباربخشی بیمارستان ها

اینجانب علاقمندی خود را برای عضویت در کانون بر اساس رسالت و برنامه های معرفی شده اعلام می دارم.

- نام و نام خانوادگی (لطفا خوانا و کامل): .....
- نام پدر ..... شماره شناسنامه ..... صادره از: .....
- مدرک تحصیلی: .....
- نام سازمان و پست سازمانی: .....

سوابق اجرایی: .....

.....

.....

سوابق علمی: .....

.....

.....

آدرس پستی (لطفا دقیق و خوانا) :

.....

تلفن همراه:

فکس:

تلفن:

امضا:

تاریخ:

آدرس الکترونیکی (لطفا خوانا) :