

فرم عضویت انجمن علمی سرطان ایران



شماره عضویت

الف) مشخصات فردی

نام : نام خانوادگی : نام پدر :
Last name: First name:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: صادره: جنس: مرد زن
تابعیت: وضعیت تأهل: مجرد متاهل
شماره نظام پزشکی: کد ملی:

ب) مشخصات تحصیلی:

مدرك تحصیلی:

لیسانس: دانشگاه: سال:
دکترای عمومی یا فوق لیسانس: دانشگاه: سال:
دکترای تخصصی یا PhD: دانشگاه: سال:
فوق تخصص یا فلوشیپ: دانشگاه: سال:

متخصص آسیب شناسی متخصص رادیوتراپی انکولوژی جراح عمومی
فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی اطفال فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی بالغین جراح اطفال
فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی بالغین ژنتیک زنان و زایمان
سایر موارد

ج) آدرس:

۱- محل سکونت (در صورت تمایل):
۲- محل فعالیت:
بخش دولتی:
بخش خصوصی:
پست الکترونیکی:
تلفن:
تلفن:
تلفن:
تلفن:
Email:

د) سایر اطلاعات شخصی که ممکن است برای انجمن مفید باشد:

آیا مایل هستید اطلاعات شما در فهرست‌های اطلاع رسانی (اینترنت) انجمن قرار گیرد؟

بله خیر

تاریخ، مهر و امضاء