

نام و نام خانوادگی:	شماره نظام پزشکی :	رشته تخصصی:
دانشگاه محل تعهد:	وضعیت تاهل:	تعداد فرزند:
سال ورود به دوره دستپاری:	سال فراغت از تحصیل:	
شهرستان یا استان مندرج در سهمیه سنجش: شهرستان یا استان مندرج در سند تعهد محضری :		
<u>مشخصات شهرستان فعلی محل خدمت:</u> نام شهرستان: جمعیت: تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان: تعداد تخت فعال: فاصله تا مرکز استان (کیلومتر) :		<u>مشخصات شهرستان مورد تقاضا برای جابجایی:</u> نام شهرستان: جمعیت: تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان: تعداد تخت فعال: فاصله تا مرکز استان(کیلومتر) :
علت درخواست جابجایی:		
تعداد پزشک متخصص رشته مذکور در شهرستان مبدا (محل فعالیت فعلی) :		
ردیف	نام و نام خانوادگی	نوع سهمیه
		نوع همکاری
		مدت باقیمانده کارکرد
تعداد پزشک متخصص رشته مذکور در شهرستان مقصد (مورد تقاضا) :		
ردیف	نام و نام خانوادگی	نوع سهمیه
		نوع همکاری
		مدت باقیمانده کارکرد
جابجایی داخل استان منجر به خلل در ارائه خدمات درمانی در شهرستان مبدا (محل خدمت فعلی پزشک متخصص) خواهد شد. ؟ بلی ؟ خیر		
رای صادره: با انتقال نامبرده از شهرستان..... به شهرستان..... ؟ موافقت ؟ مخالفت بعمل آمد.		
معاون درمان دانشگاه/دانشکده	معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی	معاون بهداشت
نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا
مدیر امور حقوقی	معاون آموزشی	ریاست دانشگاه/دانشکده
نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا