بسمه تعالی

صورتجلسه کمیته جایابی پزشکان متخصص متعهد خدمت درمانی بهره مند از قانون برقراری عدالت آموزشی

در راستای اجرای دستورالعمل " اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره های تحصیلات تکمیلی و تخصصی" ،کمیته مربوطه با حضور اعضا ذیل تشکیل و پس از بررسی و با عنایت به ضوابط مندرج در مفاد دستورالعمل مذکور، موارد به شرح ذیل تصویب گردید.

نام و نام خانوادگی:	**شماره نظام پزشکی :**	**رشته تخصصی:**
دانشگاه محل تعهد:	**وضعیت تاهل:**	**تعداد فرزند:**
سال ورود به دوره دستیاری:	**سال فراغت از تحصیل:**	

شهرستان یا استان مندرج در سهمیه سنجش:

شهرستان یا استان مندرج در سند تعهد محضری :

مشخصات شهرستان فعلی محل خدمت:	**مشخصات شهرستان مورد تقاضا برای جابجایی:**
نام شهرستان:	**نام شهرستان:**
جمعیت:	**جمعیت:**
تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:	**تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:**
تعداد تخت فعال:	**تعداد تخت فعال:**
فاصله تا مرکز استان (کیلومتر) :	**فاصله تا مرکز استان(کیلومتر) :**

علت درخواست جابجایی:

تعداد پزشک متخصص رشته مذکوردر شهرستان مبدا (محل فعالیت فعلی) :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نوع سهمیه	نوع همکاری	مدت باقیمانده کارکرد

تعداد پزشک متخصص رشته مذکوردر 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	معاون آموزشی	مدیر امور حقوقی	ریاست دانشگاه/دانشکده
نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا	نام ، نام خانوادگی /امضا