

کپی کردن و خارج کردن این مستند از سیستم ممنوع است کد یا شناسه فرم : ۰۱ /HR/ GLD / lib/FORM تاریخ ابلاغ: ۹۹/۹/۱۶	فرم درخواست عضویت در کتابخانه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز مرکز پزشکی آموزشی درمانی شهید رجایی واحد کتابخانه
---	--------------------------------------	--

شماره عضویت:		
اطلاعات دموگرافیک		
نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: کد ملی: آدرس پست الکترونیکی: آدرس محل سکونت:	نام پدر:	محل الصاق عکس
	محل تولد:	
	تلفن همراه:	
	تلفن ثابت:	

مشخصات آموزشی	
شماره دانشجویی:	مقطع تحصیلی:
رشته تحصیلی:	تاریخ شروع مقطع تحصیلی:
تاریخ فارغ التحصیلی :	

مشخصات اداری (این قسمت توسط پزشکان و کارمندان تکمیل می گردد)	
شماره پرسنلی:	شماره نظام پزشکی / پرستاری:
وضعیت استخدام:	محل خدمت:
واحد سازمانی:	پست سازمانی:
آخرین مدرک تحصیلی:	

تعهد نامه	
اینجانب	متعهد می شوم ضوابط کتابخانه را رعایت نمایم و در غیر این صورت برابر مقررات کتابخانه برخورد خواهد شد.
تاریخ و امضا متقاضی	