

A medical-themed background image featuring a silver stethoscope with a black chest piece and tubing, resting on a blue surface. Several pills are scattered around: a white pill near the stethoscope's chest piece, a red pill to the right, and a yellow pill further back. The text is overlaid in yellow Persian script.

بسته مدارک و فرمهای

لازم جهت تصدی

مسئولین فنی

موسسات پزشکی و

پیرا پزشکی

مدارک لازم جهت مسئولین فنی

- ۱- درخواست کتبی متقاضی (افرادی که درخواست احداث موسسه در شبکه های تحت نظارت این دانشگاه را دارند می بایستی از طریق شبکه مربوطه اقدام نمایند)
- ۲- تنظیم فرم شماره ۱_ توسط متقاضی
- ۳- تنظیم فرم قبول مسئولیت فنی توسط متقاضی (فرم شماره ۲)
- ۴- تنظیم فرم معرفی مسئول فنی توسط مؤسس (فرم شماره ۳)
- ۵- گواهی ۲ سال سابقه کار جهت متقاضیان فیزیوتراپی
- ۶- اصل و فتوکپی پروانه مطب تمدید اعتبار شده همان شهر جهت پزشکان
- ۷- اصل و فتوکپی پروانه دائم جهت پزشکان
- ۸- آخرین حکم کارگزینی یا گواهی عدم سوء پیشینه (ارائه یک قطعه عکس)
- ۹- اصل و فتوکپی شناسنامه
- ۱۰- سه قطعه عکس
- ۱۱- اصل و فتوکپی دانشنامه یا تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان
- ۱۲- پایان طرح جهت پزشکان و پیرا پزشکان
- ۱۳- نامه عدم نیاز ساعات غیر اداری جهت شاغلین رسمی دوائر دولتی
- ۱۴- گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی جهت پزشکان + پیرا پزشکان
- ۱۵- اصل و تصویر کارت ملی
- ۱۶- کدپستی
- ۱۷- گواهی عدم اعتیاد (ارائه یک قطعه عکس)
- ۱۸- کارت پایان خدمت
- ۱۹- گواهی دوره آموزشی ۳ روزه کد ۳۳۰۱۰۹۴ و ۳۳۰۱۰۹۵ (جهت مراکز درمان سوء مصرف مواد)

شماره تلفن تماس ۵-۶۶۹۱۷۴۸۲ داخلی ۲۶۶



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
معاونت درمان
مدیریت درمان

فرم مشخصات متقاضیان مسئولیت فنی موسسات پزشکی و پیرا پزشکی

نام و نام خانوادگی : شماره کد ملی : شهر :
متقاضی تاسیس قبول مسئولیت فنی : درجه تحصیلات و تخصص :

۱- نشانی دقیق محل سکونت فعلی و شماره تلفن :

۲- نشانی دقیق مطب پزشک با شماره تلفن :

۳- نشانی دقیق محل کار متقاضی (اعم از بخش دولتی - خصوصی - خیریه) و شماره
تلفن های مربوطه و نوع استخدام :
نوبت کار صبح :
نوبت کاری عصر :
نوبت کاری شب :

۴- سوابق خدماتی متقاضی (اعم از دولتی - خصوصی و خیریه) از تاریخ فراغت از تحصیل :

۵- تاریخ فراغت از تحصیل و نام دانشگاه های محل تحصیل (عمومی - تخصص) و تصویر
پروانه مطب شهر مورد تقاضا :

۶- در حال حاضر مسئول فنی موسسه ای می باشید : ☐ بله ☐ خیر نام موسسه :

۷- آیا تاکنون پروانه تاسیس موسسه پزشکی دریافت نموده اند : ☐ بله ☐ خیر نام موسسه :

اینجانب متعهد می گردم مطالب فوق صحیح بوده و چنان چه خلاف مطالب فوق ثابت
گردد وزارت موظف است اقدام قانونی به عمل آورد .

مهر و امضاء



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
معاونت درمان
مدیریت درمان

اینجانب دارنده شماره نظام پزشکی و مدرک
تحصیلی به اطلاع و علم کافی از شرح وظایف مسئول فنی و نیز
مفاد آئین نامه اجرائی صادره ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین
قانون تعزیرات حکومتی خدمات بهداشتی و درمانی و ضوابط اجرائی اصل خدمات تشخیصی درمانی
آن آمادگی خود را برای قبول مسئولیت فنی اعلام
مینمایم .

محل مهر و امضاء متقاضی

فرم شماره ۳
معرفی مسئول فنی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

مدیریت درمان

تاریخ :

شماره :

نشانی و تلفن محل کار :

اینجانب

نشانی و تلفن منزل :

موسس

که دارای پروانه تاسیس / مجوز موافقت اصولی

به شماره

مورخ

می باشم .

خانم / آقای دکتر

ساکن

برابر فرم قبول مسئولیت فنی پیوست تقبل نموده معرفی می گردد خواهشمند است نسبت به صدور پروانه مسئولیت فنی ایشان در ساعات اقدام مقتضی بعمل آورید .
در ضمن در صورت غیبت ، بیماری ، مرخصی و یا موارد اضطراری یک نفر جانشین واجد شرایط معرفی می گردد .

مهر و امضاء موسس مرکز:

تاریخ :