

پیوست ۲

فرم درخواست صدور/تمدید مجوز توسط پزشک عمومی متقاضی در قالب مطب/ واحد کاری

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل تولد:

شماره نظام پزشکی: سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

متقاضی مجوز انجام معاینات سلامت شغلی جهت: ☐ مطب ☐ واحد کاری

متقاضی: ☐ صدور مجوز ☐ تمدید مجوز

گواهی بازآموزی مدون طب کار در ۲ سال اخیر (مدون ۱ تا ۵ و به صورت غیر تکراری) ☐ دارد ☐ ندارد

تاریخ اعتبار گواهی بازآموزی:

تاریخ اعتبار پروانه مطب:

تعداد سال های کار به عنوان پزشک عمومی:

تعداد سال های کار به عنوان پزشک عمومی دارای مجوز معاینات سلامت شغلی اعم از مجوز معاینات در قالب مطب یا واحد کاری:

تعداد دوره های گذرانده بازآموزی مدون طب کار:

آدرس و شماره تماس منزل / شماره تلفن همراه:

آدرس مطب / واحد کاری:

امضاء و مهر متقاضی