



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مجلس شورای اسلامی

SheetNo:114
1399/02/11

تاریخ:

اورزانیس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

شماره:

فرم درخواست ثبت نام در دوره آموزشی مراکز آمبولانس خصوصی

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	کد ملی :
مدرک تحصیلی :	رشته تحصیلی :	
وضعیت انجام طرح: <input type="checkbox"/> پایان طرح <input type="checkbox"/> معاف از طرح <input type="checkbox"/> در حال طرح <input type="checkbox"/> تمدید طرح		
سمت: <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> تکنسین	تلفن همراه :	تلفن ثابت:
وضعیت نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/> سایر....		
آدرس محل سکونت:		
ارائه اصل مدارک زیر جهت ثبت نام ضروری می باشد:		
<input type="checkbox"/> شناسنامه <input type="checkbox"/> کارت ملی <input type="checkbox"/> مدرک تحصیلی <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> گواهینامه ب ۲ <input type="checkbox"/> پایان طرح <input type="checkbox"/> سوء پیشینه <input type="checkbox"/> عدم اعتیاد <input type="checkbox"/> یک قطعه عکس ۳*۴ <input type="checkbox"/> قرار داد با مرکز آمبولانس		

تذکرات :

۲- داشتن گواهینامه ب ۲ (رانندگی با آمبولانس) فقط جهت رانندگان آمبولانس الزامی می باشد .

داشتن کارت پایان خدمت برای کلیه پرسنل مذکور ضروری است.

۳- پرسنل موظف اند در طول شیفت با لباس فرم مصوب (پیراهن آبی روشن بدون هرگونه آرم و علائم و فقط با اتیکت (طبق دستورالعمل مربوطه) فعالیت نمایند در صورت مشاهده هر گونه تخلف مسئولیت آن برعهده مدیر مرکز می باشد.

اینجانب ضمن تأیید صحت مطالب فوق و مدارک الصاقی متعهد می گردم در حرفه خویش جوانب شرعی و اخلاقی را رعایت نمایم اطلاعات علمی خود را به روز نگه داشته و ضمن مطالعه دقیق آئین نامه تأسیس و فعالیت مراکز آمبولانس خصوصی مفاد آن را به دقت رعایت نمایم.

امضاء و اثر انگشت متقاضی