



شاغل در حوزه:



انجمن پرستاری ایران

- تخصصی       تامین اجتماعی       نیروهای مسلح  
 شرکت نفت       بانک ملی       دانشگاه آزاد اسلامی  
 خیریه

لطفا چنانچه در سایر سازمانها و یا خارج از سیستم بهداشتی و درمانی نیز فعالیت دارید نام ببرید: .....

نام بیمارستان محل کار: ..... نام بخش: ..... سمت: .....

نام محل کار (۲): ..... نام بخش: ..... سمت: .....

مشخصات اینترگریری و جانبازی:

- آزاد       جانباز       بسیجی       خانواده شهید  
 مدت اسارت:  ماه      درصد جانبازی:  %      مدت حضور در جبهه:  ماه

در چه زمینه هایی آمادگی همکاری با انجمن را دارید؟

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> کمیته آموزشی و پژوهشی     | <input type="checkbox"/> کمیته علمی و اجرایی نشریه  | <input type="checkbox"/> کمیته تالیف و ترجمه    | <input type="checkbox"/> کمیته همایش و سمینارها |
| <input type="checkbox"/> کمیته برنامه ریزی         | <input type="checkbox"/> کمیته ارزیابی و نظارت      | <input type="checkbox"/> کمیته خدمات داوطلبانه  | <input type="checkbox"/> امور مشاوره            |
| <input type="checkbox"/> امور روابط بین الملل      | <input type="checkbox"/> امور فرهنگی، اجتماعی       | <input type="checkbox"/> امور رفاهی             | <input type="checkbox"/> امور حقوقی             |
| <input type="checkbox"/> کانون مدیران پرستاری      | <input type="checkbox"/> کانون پرستاران کنترل عفونت | <input type="checkbox"/> کانون پرستاران اورژانس | <input type="checkbox"/> کانون سوپروایزرها      |
| <input type="checkbox"/> کانون رابطین بیمارستان    | <input type="checkbox"/> کانون مدیریت بحران         | <input type="checkbox"/> کانون بهیاری           | <input type="checkbox"/> کانون کمک بهیاری       |
| <input type="checkbox"/> کانون دانشجویان پرستاری   | <input type="checkbox"/> کانون پرستاران هنرمند      | <input type="checkbox"/> کانون خبرنگاران        | <input type="checkbox"/> کانون پرستاران بسیجی   |
| <input type="checkbox"/> کانون تکنسین های اتاق عمل |   |   |   |

سایر موارد لطفا نام ببرید: .....

آدرس محل کار: استان:  شهر:  کد پستی:

خیابان: ..... پلاک جدید: .....

آدرس منزل: استان:  شهر:  کد پستی:

خیابان: ..... پلاک جدید: .....

تلفن همراه: ..... تلفن منزل: ..... تلفن محل کار: ..... دورنگار: .....

آدرس پست الکترونیکی: @

آیا مایل به عضویت در شبکه پیام کوتاه پرستاران نیز هستید؟  بلی  خیر

اینجانب ..... با آگاهی کامل فرم ثبت نام را تکمیل و صحت مندرجات آن را تایید می نمایم.

تاریخ و امضاء: