



کد فرم: FO/EDU/14

سال تدوین: ۱۴۰۲

شماره بازنگری: ۱

فرم عضویت و همکاری با معاونت پژوهشی

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:
محل خدمت و واحد مربوطه:	شماره تماس:	کد ملی:
آدرس ایمیل:	نحوه آشنایی:	

(۱) آیا سابقه فعالیت پژوهشی داشته اید؟ (در صورت پاسخ بلی نحوه فعالیت خود را شرح دهید).

(۲) آیا مقاله چاپ (فارسی یا انگلیسی) شده دارید؟ (در صورت پاسخ بلی Pdf مقاله را ضمیمه کنید).

(۳) آیا تسلط در نگارش مقاله دارید؟ (در صورت پاسخ بلی میزان تسلط خود را شرح دهید و از ۱ تا ۵ به خود امتیاز دهید).

(۴) آیا علاقه به فعالیت پژوهشی گروهی دارید؟ (در صورت پاسخ بلی میزان تسلط خود را شرح دهید و از ۱ تا ۵ به خود امتیاز دهید).

(۵) آیا علاقه به مشارکت در طرح رجیستری بیمارستان خورشید دارید؟

