



موسسه بین المللی توانمندسازی منابع انسانی ایران
وابسته به نهاد توانمندسازی منابع انسانی ایران

فرم ثبت نام

دوره عالی حرفه ای اعتباربخشی بیمارستان ها

Professional Certificate for Hospitals Accreditation

بدین وسیله اینجانب آمادگی خود را در دوره عالی حرفه ای اعتباربخشی بیمارستان ها اعلام می نمایم:

اطلاعات عمومی

General Information

- 1- First Name : نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 2- Last Name : نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 3- Date Birth : تاریخ و محل تولد :
- 4- Academic Education : آخرین مدرک تحصیلی:
- 5- Postal Address : آدرس پستی :
- 6- Organization : نام سازمان :
- 7- Organizational Position : سمت سازمانی :
- 8- Tel No : شماره تلفن:
- 9- Fax No : شماره فکس :
- 10- Cell phone No : تلفن همراه :
- 11- Email Address: آدرس پست الکترونیکی :

اطلاعات تخصصی

خلاصه سوابق اجرایی :

.....
.....
.....
.....

۱۱. دوره‌های آموزشی طی شده :

.....
.....
.....
.....

۱۲. دلایل علاقه مندی به حوزه اعتباربخشی بیمارستان‌ها :

.....
.....
.....

۱۳. معرفی محل خدمت (سازمان)

.....
.....
.....

امضاء مدیریت :

مهر شرکت :

امضاء :

تاریخ :