

فدراسیون فوتبال جمهوری اسلامی ایران
کمیته پزشکی ورزشی
فرم ثبت نام شرکت در آزمون پزشکان تیم

مشخصات فردی

۱. نام : ۲. نام خانوادگی : ۳. نام پدر :
۴. سال تولد : ۵. شماره شناسنامه : ۶. شماره ملی :

مشخصات تحصیلی

۷. دانشگاه محل تحصیل : ۸. سال اخذ مدرک تحصیلی :
۹. عنوان آخرین مدرک تحصیلی : ۱۰. مقطع آخرین مدرک تحصیلی :
۱۱. مدارک مربوط به دوره های آموزشی پزشکی ورزشی :

عنوان دوره		ارگان برگزار کننده دوره	زمان برگزاری دوره	
تا	از		تا	از

۱۲. شماره کارت نظام پزشکی : ۱۳. شماره پروانه دایم پزشکی :

۱۴. در صورت همکاری با باشگاه های ورزشی جدول زیر را تکمیل فرمایید.

سال همکاری		نام باشگاه
تا	از	

اطلاعات تماس

۱۵. تلفن ثابت : (همراه با درج پیش شماره) -----
۱۶. شماره تلفن همراه : -----

۱۷. آدرس : استان : ----- شهر : -----

۱۸. پست الکترونیک :