جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

فرم درخواست مجوز فعالیت پزشکان تمام وقت جغرافیایی در بیمارستان های ملکی سازمان های بیمه گر

ردیف	نام و نام خانوداگی	رشته تخصصی	بیمارستان محل خدمت	بیمارستان متقاضی ارائه خدمت	گروه بندی شهر			تعداد پزشک متخصص هم‌رشته در بیمارستان	درصد اشغال تخت بیمارستان در رشته تخصصی	روزهای فعالیت همان رشته تخصصی		میزان رضایت از عملکرد پزشک
					الف	ب	فاقد مرکز دولتی			درمانگاه	کلینیک ویژه	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												