



معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی

نیمسال شروع همکاری:

بانک اطلاعاتی اساتید مدعو

کد شناسه تدریس دانشگاه آزاد اسلامی:		صلاحیت سامانه ساجد:		شماره حساب سیبا (الزامی):
نام:		کد ملی:		
نام خانوادگی:		شماره شناسنامه:		
نام پدر:		تاریخ تولد:		تاریخ صدور شناسنامه:
محل تولد:		محل صدور شناسنامه:		گروه خونی:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد		وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> سایر موارد		
مذهب:		زبان:		
رشته تحصیلی:		مدرک تحصیلی:		
دانشگاه محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی:		کشور محل اخذ مدرک:		
سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی:		معدل آخرین مدرک تحصیلی:		
نوع همکاری: <input type="checkbox"/> هیئت علمی سایر دانشگاه ها (نام دانشگاه ذکر شود)		<input type="checkbox"/> مدعو		
وضعیت همکاری: <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> حق التدریس				
گروه آموزشی:		مقطع تدریس: <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا		
مرتب علمی: <input type="checkbox"/> مربی <input type="checkbox"/> استادیار <input type="checkbox"/> دانشیار <input type="checkbox"/> استاد تمام		پایه آموزشی:		
سال شروع همکاری:		نیمسال شروع همکاری: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> تابستان		
تعداد کتب تألیفی:				
تعداد مقالات داخلی:		تعداد مقالات خارجی:		
تعداد فرصت مطالعاتی داخلی:		تعداد فرصت مطالعاتی خارجی:		
آخرین سمت اجرایی و محل خدمت:				
وضعیت بیمه: <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ارتش <input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود)		شماره بیمه:		
وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/> اشتغال به تحصیل				
محل خدمت:				
<input type="checkbox"/> دانشکده پزشکی	<input type="checkbox"/> دانشکده دندانپزشکی	<input type="checkbox"/> دانشکده داروسازی	<input type="checkbox"/> دانشکده پرستاری و مامایی	
<input type="checkbox"/> دانشکده بهداشت	<input type="checkbox"/> دانشکده پیراپزشکی	<input type="checkbox"/> دانشکده علوم نوین	<input type="checkbox"/> دانشکده شیمی دارویی	
آدرس پست الکترونیکی:				
تلفن تماس ثابت:		تلفن تماس همراه:		
آدرس محل سکونت:		کد پستی:		

نام و نام خانوادگی مسئول اخذ فرم:

امضاء: