



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی
زنجان

بسم الله الرحمن الرحيم

تهیه و تدوین: دکتر علی اکبر رحیمی زنجان

پیوست بند ۲۰ قسمت ۳ صورت جلسه ۱۳۹۱/۰۶/۱۹ (در خصوص مأموریت آموزشی فرم تمدید مأموریت)

فرم درخواست تمدید مأموریت آموزشی

موضوع ماده ۴۸ آیین نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیات علمی

وزارت / موسسه :		۲- نام و نام خانوادگی:	
۳- محل جغرافیایی خدمت:		۴- عنوان واحد سازمانی:	
۵- عنوان پست سازمانی:		۶- عنوان رشته شغلی فعلی:	
۷- تاریخ شروع و خاتمه مأموریت آموزشی (۲۱ ماه):			
تاریخ شروع:	روز	ماه	سال
تاریخ خاتمه:	روز	ماه	سال
۸- شماره و تاریخ سند تعهد خدمت مستخدم:			
شماره:	تاریخ:		شماره دفتر اسناد رسمی:
۹- وضعیت تحصیلی			
عنوان موسسه آموزشی:		رشته تحصیلی:	
مقطع تحصیلی:		☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکترا	
طریقه پذیرش در موسسه آموزشی:		☐ کنکور سراسری ☐ سایر سازمانها	
شماره معجز:		☐ تاریخ معجز:	
شیوه آموزش:		☐ روزانه ☐ شبانه	
تعداد واحدهای درسی طی شده در		تعداد کل واحدهای درسی دوره	
هر نیم سال تحصیلی:		واحد:	
نیمسال اول دوم سوم چهارم پنجم ششم هفتم هشتم		واحد پایان نامه واحد	
تعداد واحدهای درسی باقیمانده: واحد درسی:.....			
۱۰- نام و نام خانوادگی مقام مسئول موسسه آموزشی:			
عنوان پست سازمانی:		امضاء:	
تاریخ:		۱۱- تاریخ شروع و خاتمه مأموریت آموزشی پیشنهادی مازاد بر ۲۱ ماه:	
تاریخ شروع:	روز	ماه	سال
تاریخ خاتمه:	روز	ماه	سال
۱۲- رشته شغلی مورد نظر پس از پایان تحصیل:			
۱۳- نام و نام خانوادگی مقام مسئول دستگاه:			
عنوان پست سازمانی:		امضاء:	
تاریخ:		امضاء:	

وزارت / موسسه :		۲- نام و نام خانوادگی:	
۳- محل جغرافیایی خدمت:		۴- عنوان واحد سازمانی:	
۵- عنوان پست سازمانی:		۶- عنوان رشته شغلی فعلی:	
۷- تاریخ شروع و خاتمه مأموریت آموزشی (۲۱ ماه):			
تاریخ شروع:		روز	ماه
تاریخ خاتمه:		روز	ماه
۸- شماره و تاریخ سند تعهد خدمت مستخدم:			
شماره:		تاریخ:	
۹- وضعیت تحصیلی			
عنوان موسسه آموزشی:		رشته تحصیلی:	
مقطع تحصیلی:		☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکترا	
طریقه پذیرش در موسسه آموزشی:		☐ گنجگور سراسری ☐ سایر سازمانها	
شماره مجوز:		☐ تاریخ مجوز:	
شیوه آموزش:		☐ روزانه ☐ شبانه	
تعداد کل واحدهای درسی دوره		تعداد واحدهای درسی طی شده در	
واحد:		نیمسال اول دوم سوم چهارم پنجم ششم هفتم هشتم	
هر نیم سال تحصیلی:			
تعداد واحدهای درسی باقیمانده:		واحد درسی:.....	
واحد		پایان نامه	
۱۰- نام و نام خانوادگی مقام مسئول موسسه آموزشی:			
عنوان پست سازمانی:		تاریخ:	
اعضاء:			
۱۱- تاریخ شروع و خاتمه مأموریت آموزشی پیشنهادی مازاد بر ۲۱ ماه:		۱۲- رشته شغلی مورد نظر پس از پایان تحصیل:	
تاریخ شروع:		روز:	ماه:
تاریخ خاتمه:		روز:	ماه:
۱۳- نام و نام خانوادگی مقام مسئول دستگاه:		تاریخ:	
عنوان پست سازمانی:		اعضاء:	