

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 دائم 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 :