



" فرم درخواست همکاری با مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت "  
دانشگاه علوم پزشکی گناباد

1- نام و نام خانوادگی:

2- نام پدر:

3- کد ملی:

4- تاریخ تولد:

5- وضعیت تاهل:

6- شماره تلفن همراه:

7- محل سکونت:

8- تحصیلات ( در هر یک از مقاطع تحصیلی به ترتیب ذکر گردد):

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	معدل	تاریخ اخذ مدرک

9- میزان آشنایی با زبان انگلیسی یا سایر زبان ها:

- دارای مدرک IELTS
- دارای مدرک TOEFL
- دارای مدرک تولیمو
- دارای مدرک متفرقه
- مسلط ولی بدون مدرک
- آشنایی مقدماتی
- مسلط به زبان فرانسه
- مسلط به زبان آلمانی
- مسلط به زبان عربی
- آشنایی ندارم

10- توانایی استفاده از توانمندی های نوین الکترونیک و بانک های اطلاعاتی

- کاملاً مسلط

- مسلط

- آشنایی مقدماتی

- آشنایی ندارم

11- سوابق خدمت تخصصی

12- سوابق خدمت در مراکز تحقیقاتی

13 - سوابق پژوهشی

(الف) چاپ مقالات در مجلات معتبر

(ب) ارائه مقالات در کنگره های داخلی و بین المللی

(ج) مجری یا همکاری در طرح های پژوهشی

(د) عضویت در هیات تحریریه یا داوری در مجلات معتبر علمی

14- در صورت وجود توانمندی خاص، ذکر نمایید.