



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری
مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای

بسمه تعالی

فرم شماره دو

شماره
تاریخ
پرست

ندارد

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای پرستاران و گروههای وابسته

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای پرستاران دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -----

اینجانب ----- فرزند ----- به شماره شناسنامه -----

کد ملی ----- دارای مدرک تحصیلی در رشته ----- در مقطع ----- از

دانشگاه ----- با شماره نظام پرستاری ----- در خواست صدور پروانه صلاحیت حرفه

ای را دارم و موارد زیر را تایید می نمایم.

۱- جمع کل امتیاز آموزش مداوم از سال ۹۵- ۹۱ به میزان ----- امتیاز و آموزش ضمن خدمت تخصصی ساعت میباشد.

۲- اینجانب تایید می نمایم که دارای سلامت جسمی و روانی برای انجام فعالیت به عنوان پرستار می باشم.

۳- اینجانب تایید می نمایم که هیچ گونه منع قانونی در مراجع قضایی در هیاتهای انتظامی نظام پزشکی برای فعالیت به عنوان پرستار نمی باشم.

۴- در صورتیکه در هر مرحله ای از صدور پروانه و یا بعد از آن مشخص شد موارد فوق صحیح نمی باشد مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای وزارت بهداشت حق دارد ضمن اختتام مراحل صدور پروانه یا ابطال پروانه طبق مقررات رفتار نماید.

امضاء متقاضی و تاریخ تکمیل فرم

مدارک پیوست شامل: کپی کارت ملی، کپی مدرک تحصیلی، کارنامه آموزش مداوم و کارنامه آموزش ضمن خدمت می باشد.
این فرم و ضمایم آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای دانشگاه / دانشکده نگهداری می شود.