|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **آخرین ليست اعضای هیات علمی بیمارستان**  **(محل اصلی فعالیت هیات علمی باید بیمارستان مورد تقاضا برای واحد باشد)** | | |
| **تخصص / فوق تخصص** | **نام و نام خانوادگی** | **ردیف** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * **مستندات مربوبط در خصوص هیات علمی و محل فعالیت آنها (در مورد بیمارستان مورد تقاضا) ضمیمه گردد** * **لیست هیات علمی که محل اصلی فعالیت آنها بیمارستان مورد تقاضای واحد است با تایید ریاست بیمارستان ارسال گردد.** | | |

**پیوست 1**