**" 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 عریی

 - آشنایی ندارم

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

 - کاملا 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.