

## فرم گواهی خدمت و انتخاب رشته

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

تاریخ:.....

بدینوسیله خانم/ آقای ..... دارای مدرک کارشناسی/ کارشناسی ارشد/ دکترا در رشته ..... که از تاریخ

..... لغایت حال حاضر بر اساس ابلاغ شماره<sup>۱</sup> ..... مورخ ..... تحت عنوان:

- مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان .....
- مربی بهورزی در مرکز آموزش بهورزی شهرستان.....
- کارشناس مسئول/ کارشناس آموزش بهورزی در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

به صورت تمام وقت انجام وظیفه می نماید جهت شرکت در دوره کارشناسی ارشد (مجازی) رشته آموزش جامعه نگر در نظام سلامت در گرایش ..... معرفی می گردد. ضمناً" گواهی می شود نامبرده شرط حداقل ۵ سال سابقه خدمات در شبکه را با انجام خدمات از تاریخ ..... تا ..... دارد. نامبرده متعهد می گردد چنانچه به هر دلیل از تحصیل منصرف گردیده و یا موفق به دریافت مدرک تحصیلی نگردد و یا قبل از انجام خدمات مطابق تعهد سپرده شده به دانشگاه اقدام به خروج از موقعیت شغلی فوق نماید، موظف خواهد بود هزینه های تحصیل رایگان را عودت دهد. در این خصوص دانشگاه در زمینه اخذ تعهدات حقوقی و اجرای آن اقدام خواهد نمود.

با عنایت به موارد فوق الذکر ریاست دانشگاه و معاون بهداشتی مجموع خدمات متقاضی به مدت ۵ سال در نظام شبکه مندرج در بند ۳ شرایط لازم جهت پذیرش و نیز اشتغال تمام وقت در مرکز آموزش بهورزی شهرستان یا در مسئولیت بهورزی در گروه گسترش شبکه دانشگاه حداقل از ۲ سال اخیر تا زمان ثبت نام در دوره و برخورداری از سایر الزامات مندرج در آئین نامه را گواهی می نمایند.

### نام و نام خانوادگی متقاضی

#### امضا

نام و نام خانوادگی و قائم مقام وزیر و رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....	نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....
امضاء	امضاء

<sup>۱</sup> چنانچه برای فرد متقاضی، ابلاغ صادر نشده و فرد دارای سایر شرایط مندرج در شیوه نامه بوده و در اولویت قرار دارد، عدم صدور ابلاغ ذکر گردد.