



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت پرستاری

گروه صدور پروانه صلاحیت حرفه ای

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

فرم شماره دو

ندارد

فرم درخواست صدور پروانه صلاحیت حرفه ای گروه پرستاری

واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای 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 ۱۴۰۲-۱۳۹۷ به میزان ----- امتیاز و آموزش ضمن خدمت تخصصی پرستاری ساعت میباشد. (مجموع امتیاز ۱۲۵)

۲- اینجانب تایید می نمایم که دارای تناسب جسمی و روانی برای انجام فعالیت به عنوان پرستار / اتاق عمل / هوشیار می باشم.

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

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

تاریخ و امضاء تایید کننده (مسئول واحد

صلاحیت حرفه ای):

تاریخ تکمیل و امضاء متقاضی:

مدارک پیوست شامل: کپی کارت ملی، کپی صفحه اول شناسنامه، کپی آخرین مدرک تحصیلی، کپی نتیجه آزمون، کارنامه آموزش مداوم و کارنامه آموزش ضمن خدمت، حکم کارگزینی می باشد.

- این فرم و ضمائم آن در واحد صدور پروانه صلاحیت حرفه ای دانشگاه نگهداری می شود.