

**دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش**

**فرم درخواست عضو هیات علمی جهت خروج از طرح تمام وقت جغرافیایی**

**معاون محترم آموزش دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش**

**جناب آقای / سرکار خانم دکتر ..................................**

**با سلام و احترام**

**اینجانب .................................. به شماره ملی ............................. و فارغ التحصیل مقطع ...................... رشته ..................... و عضو هیئت علمی 🞏 رسمی قطعی/ 🞏 رسمی آزمایشی/ 🞏 پیمانی/ 🞏 متعهد خدمت این دانشکده متقاضی خروج از طرح تمام وقت جغرافیایی می باشم.**

**تاریخ صدور اولین حکم کارگزینی به عنوان عضو هیات علمی .....................**

**تاریخ صدور اولین حکم کارگزینی بصورت تمام وقت جغرافیایی .....................**

**تاریخ درخواست: ..................... محل امضاء عضو هیات علمی تمام وقت جغرافیایی**