**فرم عضویت انجمن مطالعه و بررسی درد در ایران**

محل قرار دادن عکس

 نام و نام خانوادگی :

 جنسیت
 زن  مرد

 شماره تماس : آدرس پست الکترونیکی :

 آخرین مدرک تحصیلی : دانشگاه محل تحصیل :

 شهر محل تحصیل : کشور محل تحصیل :

 سال فارغ التحصیلی :

 پروانه مطب
 دارم  ندارم

 نوع پروانه
 دائم  موقت

 تاریخ صدور پروانه مطب: شماره نظام پزشکی :

 محل استخدام : سمت :

 آدرس محل سکونت و کد پستی :

 آدرس محل کار و کد پستی:

 چه فعالیتی در حوزه­ی درد داشته اید؟

 آیا مایل به همکاری با انجمن مطالعه و بررسی درد در ایران می­باشید؟ در چه زمینه ای؟

لطفا پس از تکمیل فایل word آن را به آدرس پست الکترونیکی انجمن ارسال نمایید.

iranpain.ips@gmail.com