

تاریخ

فرم ثبت نام در دوره های پاییز و زمستان برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۴۰۵
برای کاربران جدید که فاقد کد کاربری و کلمه عبور می باشند.

درج کلیه مشخصات **الزامی** می باشد. (تعداد صفحات: ۱)

نام آزمایشگاه:

دولتی: بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه ☐ آزمایشگاه ☐ مرکز بهداشت ☐
خصوصی: بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه ☐ آزمایشگاه ☐
نوع: تشخیص پزشکی ☐ ژنتیک ☐ آسیب شناسی ☐ تک تخصصی ☐

مشخصات مسئولین:

❖ نام و نام خانوادگی مؤسس: تخصص: شماره نظام:
مدرك تحصیلی: کاردان ☐ کارشناس ☐ کارشناس ارشد ☐ دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐
کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تخصص: شماره نظام:
مدرك تحصیلی: دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐ کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی سوپروایزر: (لازم به ذکر است کد و پسوندد آزمایشگاه شما جهت ورود به برنامه در اختیار ایشان قرار خواهد گرفت.) کد ملی: شماره همراه:

❖ حوزه دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی آزمایشگاه شما:

آدرس دقیق پستی آزمایشگاه:

استان: شهر: خیابان: پلاک:
کد پستی: تلفن به همراه پیش شماره: داخلی:
نمبر آزمایشگاه: پست الکترونیکی آزمایشگاه:

آدرس ارسال نمونه ها در صورتی که با آدرس آزمایشگاه تفاوت دارد:

استان: شهر: خیابان: پلاک:
کد پستی: کد اقتصادی: شناسه ملی: