



شماره: IPM-DT-REG-LAB9701	منشور آزمایشگاهها	
تاریخ: ۹۷/۱۱/۲۷		
ویرایش: ۱ صفحه: ۱ تا ۳۸		

پیوست ب:


اطلاعات فردی اعضای آزمایشگاه					
محل الصاق عکس پرسنلی 	نام:				
	نام خانوادگی:				
	جنسیت		<input type="checkbox"/> مذکر	<input type="checkbox"/> مونث	
	کد ملی:				
	تاریخ تولد:				
	نام پدر:				
	محل تولد:				
اطلاعات استخدامی					
نام پژوهشکده:		وضعیت قرارداد:			
پست سازمانی:		عضو هیات علمی:			
تاریخ شروع قرارداد:		تاریخ پایان قرارداد:			
مرتبۀ علمی برای اعضای هیات علمی:		<input type="checkbox"/> استاد	<input type="checkbox"/> دانشیار	<input type="checkbox"/> استادیار	
شماره پرسنلی:		نام آزمایشگاه یا کارگاه محل خدمت:			
تلفن محل خدمت:		اطلاعات تماس			
آدرس محل خدمت:					
تلفن همراه:					
پست الکترونیک:					
سوابق تحصیلی					
ردیف	نام مؤسسه آموزشی / دانشگاه	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	سال اخذ مدرک	
		دکتری تخصصی			
		دکتری حرفه ای			
		کارشناسی ارشد			
		کارشناسی			

شماره: IPM-DT-REG-LAB9701	منشور آزمایشگاهها	
تاریخ: ۹۷/۱۱/۲۷		
ویرایش: ۱ صفحه: ۱ تا ۳۸		

سوابق شغلی					
ردیف	از سال	تا سال	شرح فعالیت		
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
شرح فعالیت های علمی، پژوهشی، صنعتی و آزمایشگاهی					
ردیف	عنوان				
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
دوره های آموزشی تخصصی مرتبط					
ردیف	عنوان دوره	طول دوره (ساعت)	محل برگزاری دوره	سال برگزاری	گواهینامه رسمی
۱					<input type="checkbox"/>
۲					<input type="checkbox"/>
۳					<input type="checkbox"/>
۴					<input type="checkbox"/>
۵					<input type="checkbox"/>
۶					<input type="checkbox"/>


نام و نام خانوادگی
امضای رئیس/سرپرست پژوهشگاه

نام و نام خانوادگی
امضای تکمیل کننده فرم

شماره: IPM-DT-REG-LAB9701	منشور آزمایشگاهها	
تاریخ: ۹۷/۱۱/۲۷		
ویرایش: ۱ صفحه: ۱ تا ۳۸		

پیوست ج:

مشخصات سلامت فردی افراد حاضر در آزمایشگاه ها				
نام و نام خانوادگی:		نام پژوهشکده:		
کد ملی:		شماره تماس (همراه):		
آدرس ایمیل:		شماره تماس (تلفن ثابت):		
نام و نام خانوادگی یکی از نزدیکان برای مواقع ضروری:		شماره تماس یکی از نزدیکان برای مواقع ضروری:		
تاریخ تولد:				
آدرس محل سکونت:				
۱	سابقه بستری شدن در بیمارستان:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۲	سابقه عمل جراحی قلب:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۳	سابقه عمل جراحی مغز:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۴	سابقه عمل جراحی ستون فقرات:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۵	سابقه عمل جراحی پیوند کلیه:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۶	سابقه عمل جراحی چشم:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۷	سابقه عمل جراحی گوش:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۸	سابقه عمل جراحی پروستات:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۹	سایر اعمال جراحی:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۰	سابقه آنژیوگرافی:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۱	سابقه سکته قلبی:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۲	سابقه سکته مغزی:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۳	سابقه خونریزی معده و دستگاه گوارش:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۴	سابقه ورم پاها:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۵	سابقه استفاده از سمعک:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۶	سابقه اعتیاد به مواد مخدر:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۷	سابقه حساسیت دارویی:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۸	سابقه مصرف مستمر دارو:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۱۹	سابقه مصرف دخانیات:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۲۰	سابقه آلرژی (حساسیت تنفسی، پوستی و ..) و:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۲۱	سابقه فشار خون:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات
۲۲	سابقه بیماریهای:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	توضیحات

شماره: IPM-DT-REG-LAB9701	منشور آزمایشگاهها	
تاریخ: ۹۷/۱۱/۲۷		
ویرایش: ۱ صفحه: ۱ تا ۳۸		

توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	روحی-روانی (افسردگی، پرخاشگری و..):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	عفونی(سل، ایدز، هیپاتیت، مننژیت و ..) و:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	خون(کم خونی، هموفیلی و.....):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	اسکلتی - عضلانی:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	پوست مو و ناخن:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	اداراری تناسلی(سنگ کلیه، نارسایی کلیه، بزرگی پروستات و..):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	بیماریهای روماتیسمی:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آرتروز و سائیدگی مفاصل:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	قلبی و عروقی (سکته قلبی، بیماری مادرزادی قلبی و..):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	بیماریهای هورمونی و غدد(کم کاری و پرکاری تیروئیدو):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	دیابت(مرض قند):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	تنگی نفس(آسم):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	چشم و اختلالات بینائی(کاهش بینایی، شب کوری و...):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کاهش شنوایی و کری:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	تکلم و گفتاری(لکنت زبان و..):	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	صرع و تشنج:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	سرطان:	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	سایر	-
توضیحات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا بیمه تکمیلی دارید؟	۲۳

توضیحات تکمیلی:

توجه:

در صورتی که داروی خاصی استفاده می کنید حتما در قسمت توضیحات تکمیلی ذکر نمایید.

نام و نام خانوادگی
امضای تکمیل کننده فرم
تاریخ