

شماره:

تاریخ:

پیوست:

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

کمک هزینه تحصیلی دوره دستیاری

۱- نام :	۲- نام خانوادگی :	۳- نام پدر :	وضعیت تاهل:
۴- شماره شناسنامه:	۵- محل صدور شناسنامه :	کد ملی:	۶- تاریخ تولد : (روز، ماه، سال):
۷- دستیار سال :	رشته :	۸ - تاریخ شروع دوره دستیاری: (روز، ماه، سال) :	
۹- شرح ابلاغ:			

الف : کمک هزینه دوره دستیاری	ریال
ب : افزایش ارتقاء سالیانه	
ج : حق ارشدیت	
جمعاً	ریال

۱۰- جمع کمک هزینه که پس از کسر کسورات قانونی بطور ماهانه از فصل ۴ ماده ۱۷ قابل پرداخت مییاشد .

۱۱- تاریخ برقراری:

شماره همراه:

شماره حساب :

کارمند می باشید : بلی خیر

در صورتی که قبل از شروع دستیاری در سازمان دولتی شاغل می باشید محل کار خود را ذکر نمایید . همچنین مدارک مربوطه (نامه ماموریت آموزشی، حکم ماموریت آموزشی و ...) را ارائه نمایید.