بسمه تعالی

صورتجلسه کمیته جایابی پزشکان عمومی/دندانپزشک/داروساز و پیراپزشکان متعهد خدمت بهره مند از قانون برقراری عدالت آموزشی

در راستای اجرای دستورالعمل "اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره های تحصیلات تکمیلی و تخصصی" ،کمیته مربوطه با حضور اعضا ذیل تشکیل و پس از بررسی و با عنایت به ضوابط مندرج در مفاد دستورالعمل مذکور، موارد به شرح ذیل تصویب گردید.

نام و نام خانوادگی:	**شماره نظام پزشکی :**	**رشته:**
دانشگاه محل تعهد:	**وضعیت تاهل:**	**تعداد فرزند:**
سال ورود به تحصیل:	**سال فراغت از تحصیل:**	**مدت زمان تعهد:**
مدت زمان سپری شده(به ماه) از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی در منطقه مورد تعهد:		
مدت زمان باقیمانده(به ماه)از انجام تعهدات قانون برقراری عدالت آموزشی در منطقه مورد تعهد :		
وضعیت طرح عمومی:	**سپری شده:** ☐	**معاف از طرح عمومی:** ☐
محل گذراندن طرح عمومی:	**تاریخ شروع طرح عمومی:**	**تاریخ پایان طرح عمومی:**
شهرستان یا استان مندرج در سهمیه سنجش:		
منطقه مندرج در سند تعهد محضری :		

مشخصات شهرستان فعلی محل خدمت:	**مشخصات شهرستان مورد تقاضا برای جابجایی:**
نام شهرستان:	**نام شهرستان:**
جمعیت:	**جمعیت:**
تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:	**تعداد بیمارستان دانشگاهی در شهرستان:**
تعداد تخت فعال:	**تعداد تخت فعال:**
فاصله تا مرکز استان (کیلومتر):	**فاصله تا مرکز استان(کیلومتر):**
ضریب محرومیت:	**ضریب محرومیت:**

مستند قانونی درخواست جابجایی بر اساس دستورالعمل قانون:

ماده ۱۰ ☐ **ماده ۱۱** ☐ **ماده ۱۲** ☐ **ماده ۱۳** ☐ **ماده ۱۴** ☐

دلیل درخواست:

تعداد نیروی موجود رشته مذکوردر شهرستان مبدا (محل فعالیت فعلی) :

ردیف	**تعداد کل شاغلین**	**تعداد کل پست مصوب**	**تعداد کل پست بلاتصدی**	**تعداد متعهد به خدمت فعلی**

تعداد نیروی موجود رشته مذکوردر شهرستان مقصد (مورد تقاضا) :

ردیف	**تعداد کل شاغلین**	**تعداد کل پست مصوب**	**تعداد کل پست بلاتصدی**	**تعداد متعهد به خدمت فعلی**

جابجایی داخل استان منجر به خلل در ارائه خدمات بهداشتی درمانی در شهرستان مبدا (محل خدمت فعلی فرد متقاضی) خواهد شد؟ ☐ **بلی** ☐ **خیر**

رای صادره: **با جابجایی نامبرده از شهرستان..... به شهرستان.....** ☐ **موافقت** ☐ **مخالفت بعمل آمد.**

معاون درمان دانشگاه/دانشکده	**معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی**	**معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده**	**معاون آموزشی دانشگاه/دانشکده**	**مدیر امور حقوقی دانشگاه/دانشکده**	**ریاست دانشگاه/دانشکده**
نام ، نام خانوادگی /امضا	**نام ، نام خانوادگی /امضا**	**نام ، نام خانوادگی /امضا**	**نام ، نام خانوادگی /امضا**	**نام ، نام خانوادگی /امضا**	**نام ، نام خانوادگی /امضا**