



فرم درخواست عضویت

<u>مشخصات</u>				
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	سال تولد:	محل تولد:
محل صدور:	شماره شناسنامه:	کد ملی:	مجرد: ☐ متاهل: ☐	
<u>سابقه آخرین مدرک تحصیلی</u>				
دیپلم: ☐ فوق دیپلم: ☐ لیسانس (کارشناسی): ☐ فوق لیسانس (کارشناسی ارشد): ☐ دکترا: ☐				
فوق دکترا و تخصص: ☐ رشته تحصیلی: زمینه تخصص: شماره نظام پزشکی:				
گواهی یا مدرک تحصیلی در زمینه های تغذیه ای: ☐ مشخصات گواهی یا مدرک:				
<u>سابقه کار در زمینه های تغذیه ای</u>				
آموزش: ☐ پژوهش: ☐ برنامه ریزی: ☐ رژیم درمانی: ☐ مشاوره: ☐ کار در بیمارستان: ☐				
غیره (نوع نوشته شود):				
محل و مدت:				
<u>نشانی: (لطفاً با خط خوانا و کامل نوشته شود. کدپستی را حتماً بنویسید)</u>				
آدرس منزل:		کدپستی:		
		شهر:		
		تلفن منزل:		
محل کار:		تلفن همراه:		
		شهر محل کار:		
تلفن محل کار:		شماره واتس آپ:		
Email:				

اینجانب با مشخصات فوق و اعلام آگاهی از مواد اساسنامه انجمن تغذیه بالینی و قبول آن و پیوست مدارک مورد نیاز* تقاضای عضویت دارم.

امضاء:

تاریخ:

* فهرست مدارک مورد نیاز پشت صفحه.

#: برای عضویت در این گروه نیاز به حکم استخدامی یا گواهی کار در این زمینه (با حداقل ۲ سال سابقه کار) می باشد.

مدارک مورد نیاز:

- اسکن صفحه اول فرم عضویت
- اسکن کارت نظام پزشکی
- اسکن عکس پرسنلی (با زمینه سفید).
- اسکن کارت ملی.
- اسکن آخرین مدرک تحصیلی یا حکم استخدامی.
- اسکن کارت دانشجویی جهت استفاده از تخفیف دانشجویی

هزینه عضویت سالانه مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای فارغ التحصیلان و ۷,۵۰۰,۰۰۰ تومان برای دانشجویان می باشد که بایستی به شماره حساب ۹۵۶۳۹۱۷۹۲۹ یا شماره شبای IR32 0120 0000 0000 9563 9179 29 بانک ملت به نام انجمن ترویج دانش تغذیه بالینی واریز شود.

لطفاً فرم درخواست عضویت و مدارک فوق و تصویر فیش واریز حق عضویت را به آدرس الکترونیکی clinicalnutrition.ir@gmail.com ارسال فرمائید.

وبسایت انجمن: <https://clinicalnutrition.ir/>