



بسمه تعالی

شماره: ۵/۵/۱۴۰۹۲۹

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

ساعت: ۰۶:۳۱

پیوست: دارد

"جهش تولید با مشارکت مردم"

فوری

مدیر محترم گروه آموزشی: جراحی عمومی، بیهوشی، زنان زایمان، داخلی، اطفال، ارولوژی، چشم، گوش حلق بینی، ارتوپدی، قلب و عروق، رادیولوژی، جراحی مغز و اعصاب، روانپزشکی، داخلی اعصاب، پوست، عفونی، پاتولوژی، طب اورژانس، توانبخشی، پزشکی هسته ای، پزشکی اجتماعی

موضوع: ثبت نام و تحویل مدارک دستیاران سال آخر رشته های تخصصی پزشکی بالینی جهت انجام تعهدات قانونی

با سلام و احترام؛

به منظور دسترسی به اطلاعات و مشخصات فردی دستیاران سال آخر رشته های تخصصی پزشکی بالینی جهت برنامه ریزی توزیع فارغ التحصیلان سال جاری برای انجام تعهدات قانونی (ضریب کا)، ضمن ایفاد بخشنامه شماره ۴۰۰/۶۴۴۰ د مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۳ معاونت درمان وزارت متبوع، دستور فرمائید کلیه مشمولان صدرالذکر نسبت به ثبت نام و بارگزاری مدارک از تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ در سامانه <https://avab.behdasht.gov.ir/specialist/frmSpecialistReg.aspx> و تحویل اصل و کپی مدارک از ساعت ۹ الی ۱۳ طبق برنامه زمانبندی زیر جهت کنترل و تایید نهایی به آدرس: معاونت درمان، طبقه دوم، واحد توزیع نیروهای تخصصی اقدام نمایند.

برنامه زمانبندی تحویل مدارک به معاونت درمان دانشگاه

ردید	تاریخ	رشته های تخصصی
۱	۹ و ۱۱ و ۱۳ تیر	ارتوپدی، ارولوژی، داخلی، عفونی
۲	۱۶ و ۱۸ و ۲۰ تیر	ENT، زنان زایمان، قلب و عروق، جراحی عمومی،
۳	۳۰ تیر و ۱ و ۳ مرداد	اطفال، بیهوشی، پاتولوژی، توانبخشی، پوست، جراحی مغز و اعصاب
۴	۶ و ۸ و ۱۰ مرداد	رادیولوژی، طب اورژانس، روانپزشکی، چشم، داخلی اعصاب و سایر رشته ها



مدارک مورد نیاز و توضیحات ضروری :

۱. تصویر سند تعهد محضری بدو ورود به دوره دستیاری (اعم از مستخدمین دانشگاهها و سازمانها، نیروهای نظامی و انتظامی و ...) که توسط معاونت محترم آموزشی دانشگاه محل تحصیل برابر اصل شده باشد. لازم بذکر است آن دسته از متعهدین خاص که محل تعهد ایشان در سند تعهد محضری مشخص نمی باشد ارائه تاییدیه محل تعهد از دانشگاه محل تحصیل الزامی می باشد. (نیازی به ثبت مشخصات و بارگزاری سند تعهد محضری نبوده و اسناد مذکور قبلا از دانشکده پزشکی تحویل گرفته شده است و پس از ثبت نام اولیه، در زمان تحویل مدارک در این معاونت ثبت و بارگزاری خواهد شد)
۲. اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه - یک قطعه عکس (بارگزاری صفحه اول و تاهل و فرزندان و توضیحات در سامانه)
۳. اصل و تصویر پشت و روی کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی برای آقایان (در صورت پیام آوری گواهی انجام کار خدمت نظام وظیفه به عنوان پیام آور بهداشت از دانشگاه محل خدمت)
۴. مدارک مورد نیاز جهت استفاده از سهمیه منطقه بومی
فرد متقاضی استفاده از سهمیه مناطق بومی می بایست بطور کامل شرایط مندرج در یکی از بند های الف و ب را دارا باشد:
الف (متقاضی متولد استان منطقه انتخابی باشد) اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه)
ب) متقاضی سه سال متوالی مقطع تحصیلی دبیرستان را در همان استان گذرانده باشد.
(اصل و تصویر گواهینامه پایان تحصیلات متوسطه)
تبصره: شایان ذکر است انتخاب صرفا یک بند از دو گزینه الف یا ب در سامانه ملاک عمل انتخاب منطقه بومی قرار خواهد گرفت.



"جهش تولید با مشارکت مردم"

۵. اصل و تصویر گواهی پایان طرح نیروی انسانی (کاردانی پیراپزشکی و پزشکی) با ذکر مدت خدمت و یا معافیت از طرح (ماده دو، ماده سه، نخبگان و ...)
۶. اصل گواهی رسمی از بنیاد شهید و امور ایثارگران محل سکونت و کارت کامپیوتری (همسر و فرزند شهدا ، همسر و فرزند مفقودین جنگ ، فرزند جانباز بالای ۷۰٪ ، فرد آزاده و فرد جانباز ۵۰ درصد به بالا _ میزان درصد در سامانه ثبت گردد).
۷. ارائه گواهی از معاونت محترم توسعه مبنی بر اعلام مدت استفاده از ماموریت تحصیلی و کلیه احکام کارگزینی طول دوره تحصیل جهت مستخدمین رسمی که در آن ماموریت آموزشی یا مرخصی بدون حقوق قید شده باشد.
۸. ارائه گواهی انجام خدمات در بخش دولتی با احتساب ضریب منطقه. منظور از خدمات دولتی به کلیه فعالیت هایی اطلاق می گردد که فرد به عنوان پزشک عمومی در مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی، مراکز درمانی دانشگاه / دانشکده های های علوم پزشکی انجام داده است.
۹. همسران متخصصین پزشکی بالینی **متعهد خدمت درمانی** که همزمان فارغ التحصیل می شوند : کپی صفحه اول و دوم شناسنامه طرفین و درخواست کتبی مبنی بر توزیع همزمان در صورت امکان در یک استان مورد نیاز
۱۰. متخصصین پزشکی بالینی درمانی که در سال جاری فارغ التحصیل می گردند و همسر ایشان در حال گذراندن **خدمات مورد تعهد پزشکی بالینی به صورت درمانی** در مراکز تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشند : کپی صفحه اول و دوم شناسنامه طرفین و درخواست کتبی مبنی بر توزیع همزمان در صورت امکان در یک استان مورد نیاز).
- تبصره ۱ : ارائه گواهی به روز از معاونت درمان دانشگاه مبنی بر شروع و تداوم خدمت در محل تعیین شده جهت همسرانی که در حال گذراندن خدمات قانونی به صورت درمانی **تا پایان آبان ماه ۱۴۰۴** در مراکز تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشند الزامی می باشد.
- تبصره ۲ : تکمیل فرم های مذکور به منزله درخواست قطعی دستیاران بوده و در صورت ارائه به دانشگاه غیر قابل تغییر خواهد بود.



بسمه تعالی

شماره: ۵/۵/۱۴۰۹۲۹

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

ساعت: ۰۶:۳۱

پیوست: دارد

"جهش تولید با مشارکت مردم"

۱۱. تصویر گواهی انجام طرح یکماهه (رشته های تخصصی زنان و زایمان، جراحی عمومی،

جراحی مغز و اعصاب، رادیولوژی، بیهوشی)

۱۲. گواهی از معاونت محترم آموزشی دانشگاه محل تحصیل جهت دستیاران انتقالی خارج از کشور سهمیه ۲/۵ درصد که در آن مدت دوره تکمیلی در ایران (پرداخت یا عدم پرداخت شهریه) قید گردیده باشد.

تبصره: ارایه گواهی از اداره دانش آموختگان خارج از کشور مبنی بر استفاده یا عدم استفاده از ارز دولتی جهت دستیاران انتقالی خارج از کشور

۱۳. فارغ التحصیلان رشته تخصصی رادیوتراپی که دوره تکمیلی رادیوانکولوژی را طی نموده اند بایستی مدارک مربوطه را ارایه نمایند.

۱۴. تکمیل فرم استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در خصوص انتقال به محل سکونت خانواده جهت خانم های متاهل دارای فرزند مشمول موضوع قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان با تعهد عام به نفع وزارت بهداشت که متقاضی استفاده از تسهیلات انتقال به محل سکونت همسر می باشند.

این فرم می بایست در هر قسمت به تایید واحد های ذیربط مندرج در فرم رسانیده شود.

۱۵. در صورت تقاضای استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (بند ۱۴) رویت اصل مدارک و ارسال تصویر آنها به شرح شناسنامه متقاضی، شناسنامه همسر و فرزندان و ارسال گواهی مشمولیت قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان صادره از معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه محل تحصیل جهت متقاضی الزامی است و می بایست در مستندات پیوست به وزارت متبوع ارسال گردد. سایر مدارک



بسمه تعالی

شماره: ۵/۵/۱۴۰۹۲۹

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

ساعت: ۰۶:۳۱

پیوست: دارد

"جهش تولید با مشارکت مردم"

مندرج در فرم مربوطه صرفاً توسط واحد تعیین شده، رویت و با اصل مدرک تطابق داده شده و در فرم مذکور ثبت و تایید گردد.

۱۶. دستیاران محترم پزشکی خانواده مشمول این بخشنامه نبوده و امور مربوط به دستیاران مذکور در اختیار معاونت محترم بهداشتی می باشد.

۱۷. تحویل پرینت فرم ثبت نام به همراه اصل و کپی مدارک اعلام شده، توسط متقاضی به معاونت درمان دانشگاه در زمانبندی مقرر جهت کنترل و تایید نهایی الزامی است.

۱۸. مشمولین محترم می توانند جهت هماهنگی و طرح سئوالات مرتبط با شماره تلفن ۰۴۱۳۳۳۵۶۳۰۳ تماس حاصل نمایند. ضمناً مهلت تحویل مدارک قابل تمدید نمی باشد.

اطلاع رسانی لازم به همراه مستندات درخواستی در صفحه اول سایت دانشگاه به نشانی <https://www.tbzmed.ac.ir/> قرار گرفته است.

دکتر علی عبادی

مدیر امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

رونوشت:

جناب آقای فرهاد اسماعیلی مدیر محترم حقوقی دانشگاه: جهت استحضار و دستور مساعدت در تایید فرم استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی
جناب آقای دکتر علی جنتی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه: جهت استحضار و دستور مساعدت در صدور گواهی مشمولیت طرح پزشکان و پیراپزشکان جهت متقاضیان استفاده از تسهیلات ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و نیز صدور گواهی مدت استفاده از ماموریت آموزشی برای مستخدمین مامور آموزشی

جناب آقای دکتر غلامرضا فریداعلانی معاون محترم آموزشی دانشگاه: جهت استحضار

جناب آقای دکتر جواد احمدیان هریس رئیس محترم دانشکده پزشکی: جهت اطلاع