|  |
| --- |
| **بسمه تعالي****اطلاعات سفر اداري/ شخصي اعضای محترم هیات علمیبه خارج از كشور جهت شرکت در کنگره** |
| **1) هويت فرد** |
| **Name:** | **نام:** |
| **Last Name:** | **نام خانوادگي:** |
| **Father's Name:** | **نام پدر:** |
| **محل تولد:** | **تاريخ تولد:** | **محل صدور:** | **شماره شناسنامه:** |
| **شماره گذرنامه:** | **سمت و محل خدمت:** | **آخرین مدرک تحصیلی:** | **كد ملي:** |
| **تابعيت:** | **وضعيت تأهل: مجردمتاهلسایر:** | **جنسيت: زن مرد** |
| **2) مشخصات سفر**  |
| **هدف كلي ازسفر:** | **ماموريت اداري - واحد اعزام کننده: شخصي** |
| **کشورهای محل عزیمت**  |
| **علت سفر** | **تاريخ پايان** | **تاريخ شروع** | **شهر** | **كشور** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4) برنامه ملاقات‌ها و بازدیدها** |
| **علت ملاقات/ بازديد** | **تاریخ ملاقات/ بازديد** | **نام سازمان مربوطه** | **تابعیت** | **شخص ملاقات شونده/ محل بازديد** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5)توضیحات کامل در مورد سفر و اسامی همراهان :****6)آدرس کامل محل سکونت وشماره تلفن ثابت وهمراه:** |
| **تاریخ تکمیل فرموامضاء:** | **نام ارگان تكميل‌كننده فرم:دانشگاه علوم پزشكي اردبیل** |