وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم اطلاعات شناس‌نامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

پیوست 1 (ویژه‌ی مؤسساتی که بیش از هفت مؤسس دارند)

نوع مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس/ بهره برداری):

نام مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس/ بهره برداری):

(در صورتی که مؤسسه فاقد نام ثبت شده است، نام مؤسس قید شود)

مشخصات مؤسسان

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ی تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت اشتغال*

* در ستون «وضعیت اشتغال»، **عدد** مربوط به یکی از این گزینه‌ها قید شود: (1) عدم وابستگی استخدامی به دولت؛ (2) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (3) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (4) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارت‌خانه‌ها یا سازمان‌ها؛ (5) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها. کارمندان بازنشسته، طرحی و ضریب K باید گزینه‌ی 1 (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را قید کنند.