** فرم درخواست عضویت**

**انجمن حفاظت در برابر اشعه ایران**

**عکس اسکن شده**

**مشخصات فردی:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام** | **نام خانوادگی** | | **Surname** | | **Name** |
|  |  | |  | |  |
| **تاریخ تولد(روز/ ماه/ سال):** | | | **شماره شناسنامه** | **شماره ملی** | **شغل فعلی** |
| **شمسی** | | **میلادی** |
|  | |  |  |  |  |

**سوابق تحصیلی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مقطع تحصیلی** | **رشته تحصیلی** | **دانشگاه محل تحصیل** | **تاریخ اخذ مدرک** |
| **دکتری** |  |  |  |
| **کارشناسی ارشد** |  |  |  |
| **کارشناسی** |  |  |  |
| **سایر تخصص ها** |  |  |  |

**آدرس و شماره تماس:**

|  |  |
| --- | --- |
| **آدرس محل کار:**  **شماره تلفن ثابت(پیش شماره مربوطه قید گردد): شماره تلفن همراه:**  **E-mail:** | |
| **نوع عضویت درخواستی:** | **تاریخ و امضاء** |
| **پیوسته❒ وابسته❒ دانشجویی ❒** |

**توضیحات: مطابق با اطلاعات مندرج در سایت انجمن به نشانی http://www.irps.org.ir مدارک ضمیمه گردد.**