

**اداره کل روابط بین الملل**  
**فرم ماموریت‌های خارج از کشور**

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ و محل تولد:
شماره شناسنامه و محل صدور:	شماره ملی کارت:	شماره گذرنامه:
آخرین مدرک تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	نام دانشگاه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	
آدرس محل کار:		
آدرس محل سکونت:		
شماره تلفن:	همراه:	نمابر:
به چه زبان خارجی آشنایی دارید:	میزان آشنایی:	مدرک رسمی زبان:
عنوان پست سازمانی:	محل خدمت:	پست فعلی:
کد پرسنلی:	تاریخ استخدام:	روز      ماه      سال
موضوع سفر:		
کشور مقصد:	سازمان دعوت کننده:	
تاریخ شروع سفر:	تاریخ خاتمه سفر:	مدت:
نام و نام خانوادگی مقام پیشنهاد کننده:		
نحوه تامین هزینه ها:		
نظریه کمیته انتخابی:	نظریه ریاست جمهوری:	نظریه حراست:
تاریخ آخرین ماموریت:	موضوع آخرین ماموریت:	
کشور آخرین ماموریت:	وضعیت گزارش آخرین ماموریت:	
ماموریت‌های انجام شده در سال جاری:		موضوع ماموریت‌ها:
کشورهای مقصد:		کشورهای ترانزیت:

تاریخ تنظیم:

امضاء:



محل الصاق  
عکس

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
اداره کل روابط بین الملل  
فرم مشخصات ماموریت خارج از کشور

نام و نام خانوادگی:										نام:									
نام پدر		شماره شناسنامه		محل صدور		تاریخ تولد		نام و نام خانوادگی قبلی		نام مستعار		مذهب							
وضعیت تاهل			نام و نام خانوادگی همسر			شغل همسر			تعداد فرزندان			وضعیت استخدامی			عنوان پست سازمانی				
هدف از مسافرت				کشور مقصد				تاریخ شروع				مدت اقامت							
نحوه تامین هزینه ها				شماره و نوع گذرنامه				تاریخ صدور گذرنامه				تاریخ آخرین سفر خارج از کشور							
عنوان پست سازمانی: سابقه خدمت در پست فعلی: آخرین مدرک تحصیلی، رشته، سال و محل اخذ آن: وضعیت نظام وظیفه: زبان خارجی: انگلیسی <input checked="" type="checkbox"/> خواندن: <input checked="" type="checkbox"/> نوشتن: <input checked="" type="checkbox"/> مکالمه: <input checked="" type="checkbox"/>																			
نشانی دقیق محل کار و تلفن:							نشانی دقیق محل سکونت و تلفن:												
آدرس و شماره تلفن یکی از آشنایان در تهران که در مواقع لزوم بتوان با ایشان تماس حاصل نمود:																			
اینجانب ضمن تایید صحت اطلاعات ارائه شده، متعهد می گردم که تاریخ مراجعت از سفر را اطلاع دهم و گزارش ماموریت خود را ظرف مدت ۱۵ روز به اداره کل روابط بین الملل تحویل نمایم.																			
امضاء:												تاریخ:							

تذکر الف: عدم تکمیل دقیق فرم موجب تاخیر در سیر مراحل اداری خواهد شد.

تذکر ب: این فرم در دو نسخه تکمیل و بانضمام دو قطعه عکس، تصویر آخرین حکم پرسنلی و تصویر صفحه اول شناسنامه به پیوست مدارک لازم دیگر ارسال شود.

باسمه تعالی

نام و نام خانوادگی:

محل ماموریت:

مدت ماموریت:-----روز

تاریخ ماموریت:

- لطفاً دلائل توجیهی ماموریت خود را بطور مشروح جهت ارائه به ریاست جمهوری و اخذ مجوز مربوطه لازم ارائه فرمائید.  
(ضمناً، مسئولیت عدم پذیرش دلائل ارائه شده از طرف ریاست جمهوری بعهدہ اعزام شونده خواهد بود.)

باسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
اداره کل روابط بین الملل

فرم ضرورت حضور در ماموریت

این فرم باید توسط بالاترین مقام مسئول امضاء گردد.

هدف از ماموریت:

مدت و کشور محل ماموریت:

نام و نام خانوادگی مامور:

دست آوردهای مورد انتظار از انجام ماموریت:

علت انتخاب مامور فوق الذکر:

چرا مدت زمان فوق الذکر برای ماموریت پیشنهاد شده است:

مرجع اعزام کننده و محل تامین اعتبار بودجه:

نام و نام خانوادگی و امضاء مقام مسئول