

فدراسیون فوتبال جمهوری اسلامی ایران
کمیته پزشکی
فرم ثبت نام شرکت در آزمون فیزیوتراپیست های تیم

مشخصات فردی

۱. نام :
۲. نام خانوادگی:
۳. نام پدر:
۴. سال تولد:
۵. شماره شناسنامه:
۶. شماره ملی:

مشخصات تحصیلی

۷. دانشگاه محل تحصیل :
۸. سال اخذ مدرک تحصیلی :
۹. عنوان آخرین مدرک تحصیلی:
۱۰. مقطع آخرین مدرک تحصیلی:

۱۱. مدارک مربوط به دوره های آموزشی فیزیوتراپی ورزشی:

زمان برگزاری دوره		ارگان برگزار کننده دوره	عنوان کامل دوره
تا تاریخ	از تاریخ		

۱۲. در صورت همکاری با تیم یا باشگاه های ورزشی جدول زیر را تکمیل فرمایید.

مدت همکاری		نام تیم یا باشگاه
تا تاریخ	از تاریخ	

اطلاعات تماس

۱۳. تلفن ثابت : (همراه با درج پیش شماره) -----
۱۴. آدرس : استان: ----- شهر: -----
۱۶. شماره تلفن همراه: -----

۱۵. پست الکترونیک :

محل امضاء و تاریخ