**فرم ارتباط با دانش­آموختگان**

**دانش آموخته گرامی دانشکده علوم پزشکی** [**فسا**](https://fums.ac.ir/about_fasa) **در راستای برقراری و گسترش ارتباط با دانش آموختگان خود به منظور کمک به اشتغال زایی، مهارت آموزی و توانمندسازی، به اشتراک گذاری دانش و تجارب شغلی، انجام فعالیت های پژوهشی، هدایت منابع درسی آکادمیک به سوی آموزش و پژوهش کاربردی و اطلاع رسانی موفقیت های علمی، پژوهشی و اجرایی دانش آموختگان از شما عزیزان ثبت نام بعمل می آورد. با تکمیل فرم ثبت نام زیر به جمع دانش آموختگان دانشکده علوم پزشکی فسا بپیوندید.**

- موارد الزامی با علامت ستاره (\*) مشخص شده اند.

**نام و نام خانوادگی\* :**

|  |
| --- |
|  |

**سال ورود به دانشگاه\*:**

|  |
| --- |
|  |

**سال فراغت از تحصیل:**

|  |
| --- |
|  |

**نام دانشکده\*:**

|  |
| --- |
|  |

**معدل فارغ التحصیلی (معدل کل)\*:**

|  |
| --- |
|  |

**شماره موبایل\*:**

|  |
| --- |
|  |

**شماره تلفن ثابت\*:**

|  |
| --- |
|  |

**آخرین مدرک تحصیلی:**

|  |
| --- |
|  |

وضعیت اقامت\*: ابران □ خارج از کشور □

وضعیت فعلی اشتغال\*: شاغل □ بیکار □

آیا کار آفرین هستید؟\* بله □ خیر □

در صورتی که در حال حاضر شاغل می باشید نوع اشتغال خود را بیان فرمایید\*:

دولتی □ خصوصی □ سرباز □ مشغول به تحصیل □ خوداشتغالی و کارآفرینی □ پارک های علم و فناوری و شرکت های دانش بنیان □

در صورتی که توانایی برگزاری دوره ای را دارید,لطفا بیان فرمایید:

**مبلغ پیشنهادی**

|  |
| --- |
|  |

**عنوان پیشنهادی**

|  |
| --- |
|  |

عناوین دوره های مهارتی تخصصی و عمومی که می تواند بیشترین تاثیر را در اشتغال شما داشته باشد ؟

**عنوان دوره:**

|  |
| --- |
|  |

**نام مدرس دوره:**

|  |
| --- |
|  |

**نام سازمان برگزار کننده دوره:**

|  |
| --- |
|  |

**ایمیل:**

|  |
| --- |
|  |

علاقه مندی جهت همکاری : آموزشی □ فرهنگی □ پژوهشی □ موسیقی □ هنری □ ورزشی □ سرگرمی □

* **اطلاعات به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد. لطفا فرم تکمیل شده را به آدرس** **tissueengineering@fums.ac.ir** **ارسال فرمایید.**