

جمعیت هلال احمر
معاونت آموزش، پژوهش و فناوری

شناسنامه مربی



آقای / خانم:

جمعیت استان:
هلال احمر

شهرستان:

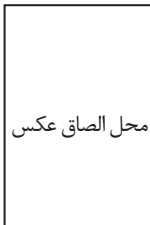
معاونت آموزش، پژوهش و فناوری

آبان ماه ۱۳۹۸



شناسنامه مربی

اطلاعات و مشخصات فردی



۱- نام: First Name:

.....

۲- نام خانوادگی: Last Name:

.....

۳- نام پدر: ۴- تاریخ تولد: ۵- محل تولد:

۶- شماره شناسنامه: ۷- کد ملی: ۸- شماره پاسپورت:

۹- جنسیت: ۱۰- ملیت: ۱۱- تابعیت:

۱۲- وضعیت تاهل: ۱۳- دین: ۱۴- مذهب:

۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: ۱۶- رشته تحصیلی: ۱۷- وضعیت خدمت و وظیفه:

۱۸- شغل: ۱۹- نشانی پست الکترونیک (E-mail):

- ۲۰- میزان آشنایی با زبان‌های انگلیسی: متوسط پیشرفته پایه عالی
 عربی: متوسط پیشرفته متوسط پایه عالی
 فرانسوی: متوسط پیشرفته متوسط پایه عالی
 آلمانی: متوسط پیشرفته متوسط پایه عالی
 سایر: متوسط پیشرفته

۲۲- درجه امدادگری / نجاتگری: ۲۳- شماره حساب شبا:

۲۴- نشانی محل سکونت:

۲۵- کد پستی:

۲۶- تلفن محل سکونت: ۲۷- شماره تماس اضطراری:

۲۸- نشانی محل کار:

۲۹- کد پستی:

۳۰- تلفن محل کار: ۳۱- تلفن همراه ۱: ۳۲- تلفن همراه ۲:

نام و نام خانوادگی مربی:
امضاء و تاریخ:

کارشناس استانی
نام و نام خانوادگی:
امضاء و تاریخ:

معاون آموزش و پژوهش استان:
نام و نام خانوادگی:
امضاء و تاریخ:

رئیس اداره امور مربیان ستاد
نام و نام خانوادگی:
امضاء و تاریخ:



دوره‌های مربیگری طی شده

ردیف	عنوان دوره	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	محل دوره	شماره گواهینامه	تاریخ گواهینامه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						



بازآموزی و توان‌افزایی‌های طی شده

ردیف	عنوان دوره	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	محل دوره	شماره گواهینامه	تاریخ گواهینامه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						



سایر دوره‌های برون جمعیتی مرتبط

ردیف	عنوان دوره	تاریخ دوره	مدت دوره	مجری دوره	شماره	تاریخ
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						



جمعیت حلال امر
معاونت آموزش، پژوهش و فناوری

سابقه تألیف، ترجمه، گردآوری کتاب و مقاله

ردیف	عنوان	انتشارات	شاپک	تاریخ انتشار	سایر نویسندگان
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					



سابقہ تدریس مرتبط

ردیف	عنوان دورہ	تاریخ شروع	تاریخ خاتمہ	محل برگزاری	نام و نام خانوادگی مسئول دورہ	امتیاز	امضاء مسئول دورہ
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							



ردیف	عنوان دورہ	تاریخ شروع	تاریخ خاتمہ	محل برگزاری	نام و نام خانوادگی مسئول دورہ	امتیاز	امضاء مسئول دورہ
۲۱							
۲۲							
۲۳							
۲۴							
۲۵							
۲۶							
۲۷							
۲۸							
۲۹							
۳۰							
۳۱							
۳۲							
۳۳							
۳۴							
۳۵							
۳۶							
۳۷							
۳۸							
۳۹							
۴۰							



سابقه شرکت در عملیات (ملی و بین‌المللی)

ردیف	عنوان عملیات	تاریخ	محل	سطح عملیات	نام خانوادگی فرمانده	امضاء فرمانده عملیات
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						



سابقه مشارکت در فعالیتهای معاونت آموزش، پژوهش و فناوری (همایش، سمینار، گردهمایی و...)

ردیف	عنوان فعالیت	تاریخ	محل	سطح مشارکت	نام و نام خانوادگی برگزار کننده	معاون آموزش، پژوهش و فناوری استان
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						



رسته / رتبه / پایه کسب شده

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضاء کمیته			نتیجہ بررسی			تاریخ جلسہ	ردیف
رئیس ادارہ مربیان	نماینده آموزش استان	نماینده مربیان	پایہ	رتبہ	رستہ		
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰
							۱۱
							۱۲
							۱۳
							۱۴
							۱۵



اظهارنامه شخصی

مشخصات فردی

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
وزن:	قد:	کدملی:
گروه خونی:	رنگ مو:	رنگ چشم:
	رنگ چشم:	جنسیت:

سوابق پزشکی

توجه:

این پرسشنامه به منظور بررسی اجمالی سلامت شما تهیه شده است تا در زمان بروز حوادث احتمالی در نظر قرار گیرد. پاسخ‌های شما تاثیری در تصمیم‌گیری در خصوص شرکت در دوره‌های آموزشی یا تدریس در آنها ندارد ولی در صورت بروز حوادث احتمالی برای شما ممکن است این اطلاعات توسط پزشک یا مرکز درمانی، مد نظر قرار گیرد یا در شرایطی نیاز به پیش بینی خاص داشته باشید تا ایمنی تان از نظر پزشک تایید گردد. لطفاً به سؤالات زیر در مورد سابقه پزشکی خود با بله یا خیر پاسخ دهید.

HIV	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	سابقه ترمای سر	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه بیماری کبدی / هپاتیت	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری یا اختلالات بینایی / چشمی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه مصرف الکل	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	حملات عصبی / اسرع / غش	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه تشنج	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آسم / برونشیت / بیماری ریوی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه شکستگی یا دررفتگی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	فشار خون	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه حساسیت به گزش حشرات	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	اختلالات خونی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه حساسیت به دارو	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دیابت / زردی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه بستری در مرکز درمانی / بیمارستان	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری کلیه یا مثانه (اورولوژی)	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه جراحی / بیهوشی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	فتق	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه مصرف داروهای هورمونی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری ذهنی یا روانی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه مصرف داروهای اعصاب / آرام بخش / خواب آور	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری های اعصاب و روان	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
سابقه مصرف مواد مخدر یا روانگردان	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری های پوستی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
تحت درمان یا تحت نظر پزشک قرار دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری های استخوانی / اسکلتی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله

چنانچه بیماری یا سابقه درمانی داشته اید که در جدول بالا به آن اشاره نشده ذکر فرمایید:

.....

.....

.....

تعهدنامه

اینجانب فرزند کلیه مندرجات فوق را تأیید نموده و مسئولیت هرگونه عواقب ناشی از درج نادرست اطلاعات را می‌پذیرم.

اثر انگشت:

امضاء:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:



نظریه پزشک / روانشناس

نظر پزشک

آقای / خانم: فرزند: دارای کدملی: مورد معاینه قرار گرفت، سلامتی نامبرده از نظر، قلبی و عروقی، اسکلت و اندام حرکتی، تنفسی و ریوی، بینایی، شنوایی، گویایی، عصبی و تعادلی

مورد تایید است.

مورد تایید نمی‌باشد.

نیازمند ارجاع به: دارد.

توضیحات:
.....
.....

نام و نام خانوادگی پزشک:

مهر و امضاء:

شماره نظام پزشکی:

تاریخ:

نظر روانشناس

آقای / خانم: فرزند: دارای کدملی: مورد معاینه بالینی قرار گرفت و صلاحیت نامبرده جهت فعالیت‌های آموزشی و تدریس

مورد تایید است.

مورد تایید نمی‌باشد.

نیازمند ارجاع به: دارد.

توضیحات:
.....
.....

نام و نام خانوادگی روانشناس:

مهر و امضاء:

شماره نظام روانشناسی:

تاریخ:



جمعیت هلال احمر
معاونت آموزش، پژوهش و فناوری