



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی کاشان

دانشکده دندانپزشکی

تاریخ :

شماره :

فرم پیش نویسی عقد قرارداد حق التدریس

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم

با سلام و احترام

خواهشمند است جهت عقد قرارداد حق التدریس اطلاعات زیر را تکمیل و به گروه آموزشی مربوطه ارجاع فرمائید .

نام و نام خانوادگی مدرس : شماره شناسنامه : تاریخ تولد : کد ملی :

تدریس به دانشجویان رشته تدریس دروس : به تعداد واحد درسی : ---- عملی ---- نظری در نیمسال:

سالتحصیلی : میزان ساعت تدریس در هفته :..... جمع کل ساعت تدریس در ترم تحصیلی:.....

شماره حساب بانکی رفاه شهید بهشتی	شماره تلفن همراه مدرس	وضعیت اینارگری			محل اشتغال	وضعیت استاد مدعو	وضعیت استخدام				رشته تحصیلی	محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی	آخرین مدرک تحصیلی	
		آزاده	جانباز	رزمنده			غیر پروازی	پروازی	غیر هیات علمی	هیات علمی				
										پایه				مرتب

تأیید و امضاء مدیر گروه