**الجمـــعية المصــــــــــــرية للطب النفسى**

**Egyptian Psychiatric Association**

**طلب التحاق عضو**

/ /

الاسم رباعى : تاريخ الميلاد

الوظيفة الحالية :

عدد سنوات العمل فى الطب النفسى :

**المؤهل العلمى :**

بكالوريوس الطب والجراحة

**التخصص :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **تاريخ الحصول على المؤهل** | **الجهة** |
| **دبـــلوم** | ........................................................................... | ............................................. |
| **ماجستير** | ........................................................................... | ............................................. |
| **دكتوراه** | ........................................................................... | ............................................. |
| **شهادات اخرى** | ........................................................................... | ............................................. |

**(الزمالة الانجليزية – الامريكية – الكندية – المصرية – العربية ....)**

* **عنوان السكن** : ........................................................................... **تليفــــــــون** : .............................................

........................................................................... **المحمول** : .............................................

**البريد** **الاليكترونى** : .............................................

* **عنوان العمل** : ........................................................................... **تيلفون** : .............................................

........................................................................... **فاكس** : .............................................

**يكتب العنوان بالتفصيل (البلد – المحافظة – المدينة )**

**أتعهد أنا الموقع أدناه /** ...........................................................................................................................................................................

**أننى قد اطلعت على قانون الجمعية المصرية للطب النفسى (اللائحة التنفيذية ) وأتعهد بالالتزام بقانون الجمعية ونظامها وأغراضها ، وطرق ووسائل تحقيقها كما أننى أتعهد بسداد الاشتراك السنوى المقرر فى مواعيده .**

**وهذا اقرار منى بذلك ،،،**

**تاريخ تحرير الطلب : / /**

**دكتور /**

**تزكية لترشيح عضو**

**نحن الموقعون أدناه أعضاء بالجمعية المصرية للطب النفسى ونزكى الكتور** ........................................ **كعضو عامل بالجمعية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **الاسم** | **رقم العضوية** | **التوقيع** |
| 1 - |  |  |  |
| 2 - |  |  |  |

**ملحوظة**

العضوية من حق كل من حصل على شهادة دراسات عليا فى الطب النفسى أو مارس المهنة مدة لا تقل عن 5 سنوات

**يرفق مع الطلب :**

* صورة من اخر مؤهل علمى
* شهادة من جهة العمل بالوظيفة الحالية
* صورة من بطاقة عضوية النقابة أو البطاقة الشخصية أو العائلية
* عدد 2 صورة شخصية حديثة .
* اشتراك سنوى قدره 20 جنيه
* لن يعتمد الطلبات الغير مستوفاه

**مزايا الاشتراك فى الجمعية المصرية للطب النفسى :**

* الحصول على المجلة المصرية للطب النفسى (تصدر مرتين فى العام)
* تسجيل مخفض فى المؤتمرات المحلية والعالمية التى تنظمها الجمعية .
* اشتراك مخفض فى الدورات التدريبية التى تعقدها الجمعية .

**كيفية الاشتراك :**

* قيمة الاشتراك سنوى 20
* سداد الاشتراك نقدا أو بواسطة حوالة بريدية أو بشيك يحرر باسم الجمعية المصرية للطب النفسى ويرسل الى عنوان المراسلة الموضح مرفقا بطلب الالتحاق.

**العنوان الحالى للمراسلة :**

**القاهرة – العباسية – ابراج الملتقى – برج ب الدور العاشر .**

**سكرتير عام الجمعية رئيس مجلس إدارة الجمعية**

**أ.د / هشام رامى أ.د / ممتاز عبد الوهاب**