بسمه تعالی

تاریخ ..../...../.....

فرم درخواست پست الکترونیک دانشگاه علوم پزشکی ایلام

نام	نام خانوادگی	تلفن همراه	تلفن محل کار	ایمیل دیگر....or (yahoo,gmail)

نام و نام خانوادگی به حروف لاتین:

First Name: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Last Name: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

شناسه کاربری و پسورد

شناسه کاربری باید به صورت اولین حرف نام-نام خانوادگی باشد (مهدی شریفی ← sharifi-m)

*در صورت تکرای بودن شناسه کاربری در سیستم، از دومین حرف نام هم استفاده می شود (sharifi-ma)

E-mail login name: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Password: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

توجه: پسورد حداقل ۸ کاراکتر و شامل حروف و اعداد نیز باشد.(در غیر اینصورت پسورد به صورت تصادفی توسط سیستم انتخاب خواهد شد)

این بخش مربوط به دانشجویان تحصیلات تکمیلی می باشد.

شماره دانشجویی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	دانشکده

طبق مصوبات آموزشی مدت اعتبار دانشجویان کارشناسی ارشد ۶ نیم سال و دانشجویان دکتری تخصصی ۱۲ نیم سال می باشد

این بخش مربوط به اعضای هیئت علمی می باشد.

نوع استخدام	مقطع تحصیلی	تخصص	نام دانشکده	نام گروه
رسمی☐ قراردادی☐				

این بخش مربوط به کارمندان می باشد.

کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	محل اشتغال
	رسمی☐ قراردادی☐		

آدرس پست الکترونیک به صورت شناسه کاربری@medilam.ac.ir می باشد.

برای ورود از آدرس Mail.medilam.ac.ir استفاده نمایید.

با توجه به آکادمیک بودن ایمیل مسئولیت هرگونه سوءاستفاده غیر قانونی از پست الکترونیک بر عهده فرد می باشد.

فرم را به واحد اطلاع رسانی معاونت تحقیقات تحویل دهید یا به ایمیل پشتیبانی ایمیل کنید.

پیشنهادات.....

تلفن واحد اطلاع رسانی: 0841-2227129 (شریفی) ایمیل پشتیبانی: postmaster@medilam.ac.ir

امضای متقاضی امضای مدیر واحد/ مدیر گروه مربوطه معاونت تحقیقات و فناوری