

جایزه و فلوشیپ بنیاد دکتر A.T.shousha برای سال 2015

.....

صلاحیت کاندیداهای این جایزه در شصت و یکمین جلسه منطقه ای سازمان جهانی بهداشت ، منطقه مدیترانه شرقی در کشور تونس از تاریخ 10 الی 22 اکتبر در جلسه ایی با حضور کمیته بررسی صلاحیت کاندیدها ارزیابی شده و در نهایت جایزه در شصت و دومین جلسه منطقه مدیترانه شرقی در سال 2015 به فرد انتخاب شده اهداء خواهد شد .
جایزه شوسا شامل یک تنیس برنز و دو هزار و پانصد فرانک سوئیس است که سالیانه به فردی که نقش به سزایی در حل مشکلات بهداشت عمومی ایفاء نموده است اهداء می گردد .
همچنین فلوشیپ بنیاد دکتر A.T.shousha هر پنج یا شش سال یکبار اهداء می گردد این فلو شیب شامل 150 دلار آمریکا به منظور اخذ مدرک تحصیلی تکمیلی و یا فوق لیسانس در حوزه بهداشت عمومی است .

ضمناً آداب، مصلحت، ایصال، به همتا، ه ه فتم تکملا، شده ه امضاء شده به هذات بهداشت دما، ه آمهش، دشک، امه، نب، الملا، تا تا، بخ 20 آگوست 2014 مطا، نا 29 مداد ماه 93 م، ناشد .

Name :

Address :

Nationality :

Date of birth:

Sex :

.....

.....

.....

.....

QUALIFICATIONS : Give full details in chronological order, starting with most recent qualifications

Date	Qualification obtained
------	------------------------

AWARDS AND HONORS : Including fellowships

Date	Awarding body	Name of award
------	---------------	---------------

POSITION HELD : Give full details in chronological order, starting with first position held

Date	Position held
------	---------------

PRESENT POSITION

.....

Form :

.....

.....

SPECIAL ACHIEVMENTS : Give details of significant contributions to any health problem in the geographical area concerned which would qualify the candidate for the Prize.

ASSOCIATION MEMBERSHIP :

PUBLICATIONS :

Submitted by :

Date of submission :

Date of receipt in WHO headquarters :

Recommended by :

Name of Ministry :

Name and title of governmental official:

Ministry of Health and Medical education, Islamic Republic of Iran

Dr.M. Vahid Dastjerdi,

Minister Health and Medical Education, IR Iran

Signature :

Date of submission :

Date of receipt in EMRO :

Dr A.T. Shousha Foundation Prize

Application Form

Name :
Address :
Nationality :
Date of birth:
Sex :
.....
.....

QUALIFICATIONS : Give full details in chronological order, starting with most recent qualifications
Date Qualification obtained

AWARDS AND HONORS : Including fellowships
Date Awarding body Name of award

POSITION HELD : Give full details in chronological order, starting with first position held
Date Position held

PRESENT POSITION
.....
Form :
.....
.....

SPECIAL ACHIEVMENTS : Give details of significant contributions to any health problem in the geographical area concerned which would qualify the candidate for the Prize.

ASSOCIATION MEMBERSHIP :

PUBLICATIONS :

Submitted by: Deputy of Research and Technology,University of Medical Sciences

Date of submission:

Recommended by:

Signature: