

درخواست اخذ اطلاعات در زمینه آموزش مامائی  
برای متقاضیان پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی  
(ام.ام.بی.پی)

دستورالعمل برای متقاضی  
لطفا قسمت اول را تکمیل کرده و آن را به یک مقام مسئول در  
دوره مامائی خود که بتواند به طور کامل به اطلاعات خواسته  
شده در باره دوره و تجربیات شما در آن پاسخ دهد ارسال کنید.

قسمت اول ( توسط متقاضی تکمیل گردد):

نام کامل متقاضی:

نام یا نامهای قبلی، اگر وجود دارد:

تاریخ تولد:

استان یا منطقه ای که قصد دارید در آن به فعالیت بپردازید:

نام موسسه آموزش مامائی:

شماره دانشجویی، اگر باشد:

تاریخ فارغ التحصیلی:

اینجانب موسسه آموزش مامائی فوق الذکر را مجاز می نمایم تا  
اطلاعات شخصی و محرمانه اینجانب را تنها در اختیار پروژه چند  
حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی) قرار دهد. همچنین  
موافقت می نمایم که همه مکاتبات مابین افراد این سازمان ها  
در خصوص درخواست من از (ام.ام.بی.پی) در حیطه اختیارات  
آنهاست و من هر گونه حق آگاه شدن از آن اطلاعات را از خودم  
سلب می نمایم .

امضاء متقاضی: تاریخ:

اطلاعات و سوابق قبلی در خصوص دوره آموزش مامائی

متقاضی نامبرده در قسمت اول درخواست نموده که به منظور اخذ  
پروانه فعالیت مامائی در استان یا منطقه اشاره شده در قسمت  
اول در پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی)  
مشارکت نماید. این برنامه انتقالی به گونه ای طراحی شده که  
به آن دسته از ماماهائی که در سایر نقاط جهان آموزش دیده  
اند کمک نماید تا همزمان با درخواست اشتغال به مامائی در  
کانادا بتوانند کمبودهای موجود در دانش و مهارتهای خود را  
مرتفع نمایند.

کارشناسان ارزشیابی (ام.ام.بی.پی) در تصمیم گیری خود در خصوص قابلیت متقاضی برای شرکت در (ام.ام.بی.پی) از اطلاعات مندرج در این فرم استفاده خواهند کرد. یکی از راه های احراز شرایط (ام.ام.بی.پی) اثبات تحصیلات متقاضی در دوره مامائی است.

دستورالعمل مربوط به دوره آموزش مامائی:

1. لطفا قسمت 2 این فرم را تکمیل کنید. اگرچه می توانید مدارک مکتوبی جهت پاسخگویی به برخی از سوالات ضمیمه نمائید، تکمیل قسمتهائی که با ستاره در این فرم مشخص شده الزامی است.
2. اگر در پایگاه های اینترنتی اطلاعات بیشتری در مورد دوره شما وجود ندارد، لطفا توضیحاتی در خصوص دوره آموزشی بصورت مکتوب پیوست نمائید.
3. این فرم را به همراه کلیه مدارک مربوطه از طریق پست معمولی یا پستاز به آدرس زیر ارسال نمائید. لطفاً از تحویل آن به خود متقاضی خودداری فرمایید چرا که در آن صورت از درجه اعتبار ساقط خواهد شد.

لطفا فرم تکمیل شده را از طریق پست معمولی یا پستاز به این آدرس ارسال کنید:

**The Multi-Jurisdictional Midwifery Bridging Project**  
C/O College of Midwives of BC,  
# 210- 1682 West 7<sup>th</sup> Avenue,  
Vancouver, British Columbia, V6J 4S6  
Canada  
Tel : (604) 742-2232 / 1-888-642-2232 (رایگان)

از مساعدت شما سپاسگزاریم.

قسمت 2 ( توسط دوره آموزش مامائی تکمیل شود)

1- نام موسسه\*:

2 - اسم دوره آموزش مامائی\*:

3 - نشانی:

4 - نشانی پایگاه اینترنتی یا وب سایت، اگر هست:

5 - مدت دوره :

6- ساعات آموزش نظری و کار عملی بالینی\*:

تعداد ساعاتی که متقاضی گذرانده	حد اقل نیاز فارغ التحصیلی در سالی که متقاضی فارغ التحصیل شده	
		ساعات نظری
		ساعات کار بالینی

7- لطفا اسامی و تاریخ اشتغال متقاضی به کار بالینی را درج  
نمایید\*.

8- شرایط لازم برای فارغ التحصیل شدن:

9- تاریخی که متقاضی شرایط لازم برای فارغ التحصیل شدن را احراز  
نمود\*:

10- نوع قابلیت اعطایی به متقاضی\* :

11- لطفا دوره را به طور کلی در فاصله زمانی که متقاضی  
بعنوان دانشجو مشغول تحصیل بوده را شرح دهید. (در صورت امکان  
شامل خلاصه ای از سر فصلهای تشکیل دهنده دوره، چهارچوب  
زمانی، عناوین دروس، فلسفه و اهداف دوره و قابلیت های دوره  
مأمایی).

توضیحات تکمیلی:

نام و سمت تکمیل کننده فرم:

نشانی:

شماره تلفن:

نشانی پست الکترونیکی:

امضاء:

تاریخ: