



دانشکده علوم نوین پزشکی
مدرسه تخصصی طب

کارگاه ارتقاء اعضای هیئت علمی

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی: شماره شناسنامه:

رتبه علمی:

نشانی محل کار:

نشانی محل سکونت:

ایمیل:

شماره تماس:

شماره فیش مبلغ واریز شده:

امضا متقاضی

* خواهشمند است هنگام حضور در کارگاه فرم ثبت نام را جهت تحویل به کارشناس مربوطه همراه داشته باشید.