

پنجم خدا

فرم ثبت نام از متقاضیان شرکت در دوره های مجازی آموزش پزشکی سطوح گواهینامه و کارشناسی ارشد ویژه  
اعضای هیات علمی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...										
ردیف	نام و نام خانوادگی متقاضی	رشته تحصیلی	نام گروه آموزشی	علوم پایه	علوم بالینی	نام دانشکده	متقاضی تمامی دروس سطح یک	متقاضی تک درس سطح یک	شماره تلفن همراه	آدرس ایمیل
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										

امضاء معاون آموزشی دانشگاه