

فرم ثبت نام و اطلاعات مربوط به دوره حفاظت در برابر اشعه ویژه مراکز پرتونگاری دندان

لطفاً در این ردیف چیزی ننویسید.

عنوان دوره: آموزش حفاظت در برابر اشعه ویژه مراکز پرتونگاری دندان

مشخصات فردی

نام : .....

نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....

شماره شناسنامه: .....

کد ملی: .....

محل صدور: .....

تاریخ تولد: .....

آخرین مدرک تحصیلی: دکترا ، کارشناس ارشد ، کارشناس ، کاردان ، دیپلم ، زیر دیپلم ، رشته تحصیلی : .....

نشانی : .....

تلفن: ..... شماره تلفن موبایل: .....

آدرس پست الکترونیکی: .....

شرکت کننده: آزاد  دانشجو  پرسنل دانشگاه علوم پزشکی تهران

خواهشمند است مدارک زیر را پس از اسکن به این آدرس ایمیل [Rpo@sina.tums.ac.ir](mailto:Rpo@sina.tums.ac.ir) ارسال فرمایید.

- دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم متوسطه

- کپی مدرک تحصیلی و کارت ملی

- یک قطعه عکس پشت نویسی شده

- اصل فیش بانکی