

فرم ثبت نام و اطلاعات مربوط به دوره های آموزش مقدماتی حفاظت در برابر اشعه

لطفاً در این ردیف چیزی ننویسید.

عنوان دوره: آموزش مقدماتی حفاظت در برابر اشعه تاریخ دوره:

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 ارسال فرمایید.

فایل اسکن فیش بانکی پرداختی

فایل اسکن کارت ملی

فایل اسکن عکس پرسنلی ۳*۴ فرمت JPG

فایل اسکن مدرک تحصیلی (دانشجویان گرامی می توانند تصویر گواهی اشتغال به تحصیل صادره از دانشگاه و با تصویر

کارت دانشجویی را آپلود کنند)