

|  |
| --- |
| فرم ثبت نام دوره آموزشی |
| نام متقاضی |  | نام خانوادگی |  |
| نام شرکت ( در صورت وجود ) |  | کد ملی |  |
| شماره ثابت |  | شماره نظام پزشکی( در صورت وجود ) |  |
| آدرس پست الکترونیکی |  |
| شماره همراه ( متصل به اپلیکیشن واتساپ ) |  |
|  |  |  |  |

به علت ظرفیت محدود، لطفا قبل از واریز وجه، با سرکار خانم بان، هماهنگ بفرمایید.

هماهنگی: ۰۲۱66122831