

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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