

|  |
| --- |
| 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