

|  |
| --- |
| فرم ثبت نام دوره آموزشی |
| نام متقاضی | سهیل | نام خانوادگی | سهیلی |
| نام شرکت ( در صورت وجود ) |  | کد ملی | ۰۰۵۰۰۳۸۳۷۰ |
| شماره ثابت | ۳۳۳۰۷۰۹۲ | شماره نظام پزشکی( در صورت وجود ) | د-۴۵۲۱ |
| آدرس پست الکترونیکی |  dpdr.soheilsoheili@gmail.com |
| شماره همراه ( متصل به اپلیکیشن واتساپ ) |  ۰۹۱۲۲۵۸۶۵۲۵ |
|  |  |  |  |

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

هماهنگی: ۰۲۱66122831