

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