

فرم درخواست عضویت در کتابخانه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ساری

( ویژه اساتید و دستیاران پزشکی )

۲قطعه

عکس ۴\*۳

( موارد خواسته شده به طور خوانا نوشته شود )

اینجانب

نام پدر :

متولد : / /

کد ملی :

ش. شناسنامه :

ش. نظام پزشکی :

ش. دانشجویی :

ورودی سال :

رشته :

شاغل در بخش:

مرتبه علمی ( ویژه اساتید) :

سابقه خدمت ( ویژه اساتید) :

آدرس محل سکونت :

تلفن ثابت

تلفن همراه:

مهر و امضا