

فرم ثبت نام در کنگره

مشخصات متقاضی ثبت نام:

نام خانوادگی:		نام:	
رشته تحصیلی:		مدرک تحصیلی:	
رتبه دانشگاهی:		شماره نظام پزشکی:	
دانشگاه یا مؤسسه محل خدمت:			
آدرس پستی:			
کد پستی:		صندوق پستی:	
تلفن:		تلفن همراه:	
پست الکترونیک (E-mail):			
دورنگار:			

مشخصات فیش بانکی واریز هزینه ثبت نام:

مبلغ		ریال (معادل		تومان)	طی فیش بانکی شماره	
در مورخ		از طریق شعبه		کد		به حساب شماره

۲۹۰۲۰ بانک رفاه شعبه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی واریز شد.

امضاء فرد متقاضی

تاریخ