



معاونت علمی و فناوری  
دانشگاه علوم پزشکی گیلان

## فرم ثبت نام در دوره آموزشی / کارگاه آموزشی

محل الصاق عکس	نام خانوادگی:	نام:
	شماره شناسنامه:	نام پدر:
	تاریخ تولد:	صادره از:
	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
	رشته تحصیلی:	آخرین مدرک تحصیلی:
		شغل:
		آدرس منزل:
		آدرس پست الکترونیکی:

### اطلاعات فردی

### عنوان دوره آموزشی / کارگاه آموزشی

--

موضوع تخفیف	درصد تخفیف	تاریخ تحویل	تاریخ فیش	شماره فیش	مبلغ فیش	اطلاعات مالی توسط مقتضی تکمیل شود

دوره های آموزشی مورد نیاز خود را در این کادر ذکر نمایند تا در اسرع وقت جهت برگزاری آن اقدام شود.

--

تاریخ تکمیل فرم:  
امضاء

نام و نام خانوادگی متقاضی:  
اثر انگشت و امضاء