



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده پزشکی
مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)

فرم ثبت نام متقاضیان دوره مهارتی ، حرفه ای
جراحی صورت

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد:

شماره تماس ثابت: تلفن همراه: کد ملی:

پست الکترونیکی:

تاریخ اخذ دانشنامه:

آیا عضو هیئت علمی هستید؟

در صورت پاسخ مثبت رتبه علمی و دانشگاه محل خدمت خود را ذکر کنید.

محل اشتغال فعلی:

در صورت داشتن مقاله ، کتاب و یا پروژه تحقیقاتی در زمینه جراحی پلاستیک و ترمیمی صورت ذکر فرمائید.

در صورت شرکت در همایش های جراحی پلاستیک و ترمیمی صورت (داخلی یا خارجی) ذکر فرمائید.

در صورت حضور و یا گذراندن دوره ای در دیپارتمانهای جراحی پلاستیک و ترمیمی صورت ذکر نمائید.