

کد فرم: ۰۰۹-خ

جدول اطلاعات گروه های داوطلب حوزه سلامت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی در سال

ردیف	اسامی گروه های داوطلب در حوزه سلامت	حوزه فعالیت	مجوز دارد / ندارد	مرجع صدور مجوز	نام مدیر / دبیر گروه	تلفن تماس	آدرس

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم: