بسمه تعالی

فرم ثبت نام شرکت در کارگاه آموزش مسئولین فنی شرکت های مهندسی بهداشت حرفه ای ، مرداد 1401

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران

|  |
| --- |
|  |
|  |  **نام و نام خانوادگی:** | **1** |
|  | **نام پدر:** | **2** |
|  |  **کد ملی:** | **3** |
|  |  **شماره شناسنامه:** | **4** |
|  | **سال تولد:** | **5** |
|  | **آخرین مقطع تحصیلی در رشته بهداشت حرفه ای:** | **6** |
|  |  **دانشگاه /دانشکده محل اخذ آخرین مقطع بهداشت حرفه ای :** | **7** |
|  |  **سال اخذ آخرین مقطع تحصیلی بهداشت حرفه ای :** | **8** |
|  |  **آدرس محل سکونت:**  | **9** |
|  | **نام محل اشتغال به کار:** | **10** |
|  | **سمت:** | **11** |
|  |  **شماره تلفن ثابت :** | **12** |
|  |  **شماره تلفن همراه:** | **13** |
|  |  **نشانی پست الکترونیک:** | **14** |