



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مازندران



شورای هماهنگی انجمنهای داروسازان استان مازندران

فرم ثبت نام متقاضیان آموزش و توانمند سازی کارکنان داروخانه

نام و نام خانوادگی :

سال تولد:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

نام پدر:

میزان تحصیلات:

شاغل در:

تلفن تماس:

متقاضی شرکت در کلاسهای آموزش و توانمند سازی کارکنان داروخانه می باشم.

تاریخ ثبت نام :

محل امضاء داوطلب

این قسمت توسط انجمن داروسازان شهرستان علامتگذاری شود.

مدارک مورد نیاز	تایید	ملاحظات
معرفی نامه موسس با ذکر سابقه		
تصویر شناسنامه		
تصویر کارت ملی		
تصویر کارت پایان خدمت		
۴ قطعه عکس ۳*۴		
شماره فیش بانکی		
تصویر آخرین مدرک تحصیلی		
گواهی عدم سوء پیشینه		
گواهی عدم اعتیاد		