**فرم ثبت نام کارگاه های آزمایشگاه تحقیقات زیست فناوری پزشکی**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام کارگاه** |  |
| **نام و نام خانوادگی** |  |
| **کد ملی** |  |
| **شماره دانشجویی (برای دانشجویان)** |  |
| **مدرک تحصیلی** |  |
| **تخصص/رشته تحصیلی** |  |
| **پست الکترونیک** |  |
| **شماره تلفن همراه** |  |
| **وضعیت شغلی:**هیئت علمی □ کارمند □ دانشجو □ فارغ التحصیل □ |
| **واحد سازمانی:** دانشگاه علوم پزشکی گیلان □ دانشگاه گیلان □ سایر دانشگاه ها □ |
| **محل قرار دادن کارت دانشجویی** |
| **محل قرار دادن فیش واریزی**  |

**\* خواهشمند است فرم تکمیل شده به صورت فایل ورد به ایمیل** saeedesalemib7@gmail.com **و یا** aghilesmaeili62@gmail.com **ارسال گردد.**

**\*\*خواهشمند است ثبت نام خود را از طریق شماره تلفن های 42565059-013 ,42565058 -013 و 42565060 داخلی 237 به آزمایشگاه تحقیقات زیست فناوری پزشکی اطلاع داده و از ثبت نام خود اطمینان حاصل کنید.**

**\*\*\*شماره حساب 320100004001083803023321 و شناسه 399083852124600003417000001003 بانک ملی به نام دانشگاه علوم پزشکی گیلان**