



سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

شماره:

تاریخ:

## فرم ۱ - فرم تقاضای ثبت نام در دوره آموزشی

نام و نام خانوادگی فراگیر: نام پدر:

مدرک تحصیلی:

محل کار: استان ..... شهرستان .....

رشته تحصیلی: ..... شماره نظام دامپزشکی (عضویت

فعال):

کد ملی:

تلفن تماس: محل کار ..... منزل ..... همراه

پست الکترونیک (Email):

آدرس و کد پستی:

عنوان دوره آموزشی مورد تقاضا:

کد دوره آموزشی:

تاریخ و محل برگزاری دوره:

نام و امضاء فراگیر

تاریخ

مدارک ثبت نام:

- فرم تکمیل شده ثبت نام (فرم ۱)

- کپی کارت نظام دامپزشکی

- اصل فیش بانکی پرداخت حق ثبت نام به مبلغ ۲۵۰/۰۰۰ ریال به حساب جاری  
مهرگستر شماره ۱۸۶۹۷۵۰۲ نزد بانک کشاورزی شعبه سید جمال الدین اسد آبادی  
کد ۶۵۰ به نام سازمان نظام دامپزشکی

-----  
خواهشمند است مدارک فوق را پس از تکمیل به شماره فکس ۰۲۱-۶۶۴۹۴۱۰۴ ارسال  
نمایید.