



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

محل برگزاری: تهران - خ فلسطین - بین بزرگمهر و انقلاب - بن بست شمشاد - شماره ۵ -
سالن جلسات سازمان نظام دامپزشکی

مدارک ثبت نام:

- فرم تکمیل شده ثبت نام (فرم ۱)
- کپی کارت نظام دامپزشکی
- اصل فیش بانکی 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.