

فرم عضویت در کانون دانش آموختگان مرکز طبی کودکان

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی:

مقطع تحصیل در مرکز طبی کودکان تخصصی

فوق تخصصی

سال فارغ التحصیلی مقطع تخصص رشته فوق تخصص:

مقطع فوق تخصص

آخرین مدرک تحصیلی: درجه علمی (در صورت فعالیت دانشگاهی):

نشانی / ایمیل: شماره موبایل: شماره تلفن ثابت:

نشانی محل فعالیت فعلی: تلفن محل فعالیت:

مشخصات هم ورودیهای مرکز طبی کودکان شما:

مقطع تخصص:

نام و نام خانوادگی: ایمیل: شماره موبایل:

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

مقطع فوق تخصص

نام و نام خانوادگی: ایمیل: شماره موبایل:

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

پس از تکمیل فرم، آنرا به نشانی alumni.chmc@gmail.com ارسال فرمایید.