

تاریخ:
شماره:
پیوست:

فرم (۲.س): موافقت معاون آموزش مرکز جهت شرکت اعضای هیئت علمی آموزشی
در همایش های خارج از کشور

گواهی میشود:

سرکار خانم / آقای دکتر فرزند
به شماره شناسنامه کد ملی در مرکز آموزشی، پژوهشی و
درمانی سل و بیماریهای ریوی با عنوان همکاری دارند. ایشان از
تاریخ لغایت جهت شرکت در همایش
به تاریخ در کشور حضور خواهند داشت.

دکتر پیام طبرسی
معاون آموزشی بیمارستان
دکتر مسیح دانشوری