

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

گروه تخصصی بهداشت محیط وحرفه ای

**فرم ثبت نام شرکت در دوره تخصصی تربیت بهگر و بهداشتیار کار**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره شناسنامه: سال تولد:**  **دارای مدرک تحصیلی: از دانشگاه /دانشکده : تاریخ فارغ التحصیلی:**  **سابقه کاراجرایی به میزان (سال): نشانی محل کار:**  **آدرس محل سکونت:**  **شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه:**  **نشانی پست الکترونیک:** |