

**مركز تحقيقات طب سنتي و مفردات پزشكي**

فرم شماره 3

**دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي**

**فرم اطلاعات همکاری تحقیقاتی**

نام و نام خانوادگی:

رشته تحصیلی/ مقطع:

محل تحصیل:

عنوان پایان‌نامه/ طرح:

شماره دانشجویی:

شماره ملی:

سال تولد:

آدرس و تلفن منزل:

تلفن همراه:

نام و نام خانوادگی معرف:

محل کار و شماره تلفن معرف:

نوع درخواست:

آموزش  آموزش و کار آزمایشگاهی  کار آزمایشگاهی 

وضعیت اشتغال در حال حاضر:

امضاء: امضاء معرف:

تاریخ: تاریخ: