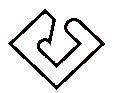
****

**دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني کاشان**

**معاونت بهداشتی**

**فرم ثبت نام درآزمون مسئولین فنی شرکتهای ارائه دهنده**

**خدمات بهداشت حرفه ای**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** |  |
| **کد ملي** |  |
| **شماره شناسنامه** |  |
| **نام پدر** |  |
| **مدرک تحصيلي** |  |
| **رشته تحصيلي** |  |
| **سابقه کار مفيد** |  |
| **تلفن همراه** |  |
| **تلفن ثابت** |  |
| **آدرس محل سکونت** |  |
| **ايميل** |  |

نام و نام خانوادگي تکميل کننده :

امضا و تاریخ :