

تاریخ شروع دوره :

تاریخ ختم دوره :

تاریخ امتحان :

ساعت امتحان :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
واحد آموزش معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

اسامی حاضرین در جلسه :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	امضاء	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	امضاء

نام ناظر سازمان :

نام رابط اداره :

نام مدرس :

تعداد حاضرین :