دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

واحد برگزار کننده:

تاریخ شروع دوره :

تاریخ پایان دوره :

مدت زمان دوره :

ساعت :

کارگاه آموزشی :

اسامی حاضرین در جلسه :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	محل خدمت	شماره تماس	امضاء نوبت اول	امضاء نوبت دوم

تعداد حاضرین : **نام مدرس :** **نام رابط اداره :** **نام ناظر سازمان :**