

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
معاونت تحقیقات و فناوری
فرم درخواست همکاری به عنوان عضو هیات علمی پژوهشی



مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی: جنس: سن: وضعیت تاهل:
آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی:
دانشگاه محل تحصیل آخرین مقطع تحصیلی: مدت تعهد:
آدرس پست الکترونیکی: تلفن همراه:

لازم است فایل پس از تکمیل با دو فرمت Word و Pdf تهیه و ارسال گردد.

