

تاریخ.....

فرم عضویت در گروه دانشجویی مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ پزشکی

نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... شماره شناسنامه:..... محل صدور:.....

تاریخ تولد:..... رشته تحصیلی و محل تحصیل:..... تلفن:..... ورودی سال:.....

شغل، محل کار، تلفن:..... شماره دانشجویی:.....

آدرس و تلفن منزل:.....

.....: Email

فعالیت:

- به کدامیک از حیطه های زیر علاقمند هستید.

- 1- شرکت در طرح های پژوهشی
- 2- ترجمه کتاب
- 3- ترجمه مقاله جهت ارایه در ژورنال کلاب
- 4- سایت و IT، گروه اینترنتی، دانشجویی
- 5- ارایه مقاله

- چنانچه سابقه فعالیت در گروه های تحقیقاتی و چاپ مقاله و ترجمه و تالیف کتاب را دارید ذکر نمایید