**مرکز تحقیقات بیماریهای کلیوی و مجاری ادراری**

**درخواست شرکت در جشنواره تحقیقات- رزیدنت، فلوشیپ برتر**

**رشته: ............................**

**مشخصات فردی:**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی :** | **تاریخ تولد :** |
| **هیئت علمی**  **استادیار دانشیار استاد**  **غیر هیئت علمی** | **تاریخ شروع به دوره دکترای تخصصی**  **تاریخ شروع به دوره فلوشیپ**  **فارغ التحصیل دوره دکترای تخصصی/فلوشیپ** |
| **ادرس دقیق پستی** | |
| **شماره تماس:** | **آدرس پست الکترونیکی:** |

|  |
| --- |
| **علت انتخاب :** |

|  |
| --- |
| ارسال رزومه پژوهشی ضروری می باشد |

محل امضا مدیر گروه