

فرم همکاری با مرکز آموزش، پژوهش و سنجش مهارت های بالینی
دانشکده پزشکی تبریز

مشخصات فردی

نام.....
نام خانوادگی.....
تاریخ تولد.....
کدملی.....
فرزند.....
وضعیت نظام وظیفه.....
رشته تحصیلی.....
شماره تلفن ثابت شماره موبایل.....

سوابق کاری

رشته ای که تمایل به همکاری دارید: فیلم برداری کارگردانی تدوین و صداگذاری دوبله حرفه ای
طراح گرافیک

میزان تحصیلات در دوره مذکور.....

سابقه کار در رشته مذکور.....

اینجانب.....صحت مندرجات فوق را تایید نموده و تمایل به همکاری به صورت پاره وقت و در زمان های اعلام شده با مرکز مهارت های بالینی را دارم.

امضا و اثر انگشت

تاریخ