

فرم عضویت و همکاری با واحد پژوهش بیمارستان رضوی

نام:

نام خانوادگی:

سن:

جنسیت:

ملیت:

نام کشور و شهر محل سکونت:

آدرس:

نام کشور و شهر محل اشتغال:

آدرس:

تلفن همراه:

پست الکترونیک:

مدرک تحصیلی:

درجه دانشگاهی:

- لطفاً سوابق فعالیت های آموزشی و پژوهشی خود را ذکر نمایید:

- در صورتیکه تا کنون اقدام به تالیف، ترجمه کتاب یا مقاله نموده اید، ذکر نمایید.

- چنانچه تا به حال در کنگره های بین المللی حضور فعال داشته یا مقالات خاص ارائه نموده اید، ذکر نمایید.

- در چه زمینه هایی از فعالیت های تحقیقاتی و پژوهشی می توانید با بیمارستان رضوی همکاری نمایید.

به امید همکاری صمیمانه شما- واحد پژوهش بیمارستان رضوی

آدرس: مشهد، بزرگراه شهید کلانتری، بعد از پل قائم، بیمارستان رضوی، واحد پژوهش

تلفن: ۰۵۱۱۶۶۶۸۸۸۸

پست الکترونیک: research @ razavihospital.com