**فرم ثبت نام دوره آموزشی**

|  |
| --- |
| **عنوان دوره: حفاظت در برابر اشعه ویژه جراحان عروق، کاردیولوژیست ها و اینترونشنیست ها****نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه :****شماره ملی : آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی :****شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه : ایمیل :****آدرس پستی:****کد پستی:**رسید پرداخت الکترونیکی هزینه شرکت در دوره، شماره فاکتور: شماره پیگیری: |

**مدارک لازم :**

لطفاً اسکن مدارک زیر را همراه با فرم تکمیل شده فوق، به آدرس زیر ایمیل کنید.

info@irps.org.ir

* شناسنامه ، کارت ملی ، عکس پرسنلی، آخرین مدرک تحصیلی و رسید پرداخت هزینه شرکت در دوره.

**توضیح:** لطفا در صورتی که هنگام پرداخت الکترونیکی موفق به اخذ رسید نشده‏اید، شماره فاکتور و شماره پیگیری دریافت شده از سایت را حتماً ارسال نمایید.