



انجمن علمی اقتصاد بهداشت ایران

شماره عضویت:

## فرم عضویت حقیقی در انجمن علمی اقتصاد بهداشت ایران

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد (بصورت کامل):

شماره شناسنامه:

کد ملی:

شغل:

آخرین مدرک تحصیلی:  دکتری PH.D  کارشناسی ارشد  کارشناسی  دانشجوی (با ذکر مقطع)

رشته یا رشته های تحصیلی:

سال، عنوان و محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

سابقه فعالیتهای علمی و بالینی:

نشانی و تلفن منزل:

نشانی و تلفن محل کار (یا نام دانشگاه محل تحصیل در صورت دانشجوی بودن):

تلفن همراه:

فاکس:

E-mail:

اینجانب همچنین مایل هستم در کمیته ای که مشخص نموده ام فعالیت نمایم (لطفاً فقط یک کمیته انتخاب نمائید).

کمیته آموزش  کمیته پژوهش  کمیته انتشارات  کمیته روابط عمومی و بین الملل

تاریخ و امضاء