لیست داوطلبان دوره آموزشی اعمال یداوی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	شماره همراه	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	محل خدمت فعلی	وضعیت همکاری با دانشگاه(رسمی، پیمانی، قراردادی، همکاری ندارد)	وضعیت همکاری با مراکز خصوصی(ذکر نام سلامتکده یا مطب خصوصی)