

تاریخ: ۱۳۹۵/۰۲/۱۲

شماره: ۱۶/۳۰/۸۰۳۰۰۴

موضوع: ندارد

بسم



جناب آقای دکتر فرید نجفی
 دبیر محترم دبیرخانه کلان منطقه ۳ آمایش
 موضوع: آزمون صلاحیتهای بالینی

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۵۰۶۸ مورخ ۹۵/۲/۶ درخصوص آزمون صلاحیتهای بالینی
 بدینوسیله مراتب ذیل جهت استحضار و هرگونه اقدام مقتضی اعلام میگردد:

- ۱- نام دانشگاه محل آزمون: همدان
- ۲- تعداد تقریبی دانشجویان شرکت کننده: ۳۰ الی ۳۳ نفر
- ۳- نام نام خانوادگی مسئول برگزاری آزمون: خانم دکتر مرگان ممانی
- ۴- شماره تلفن و ایمیل مسئول برگزاری آزمون:

mojganmamani@gmail.com

ایمیل:

۰۹۱۸۳۱۵۶۷۵۷

شماره تلفن:



آدرس: همدان - خیابان شریعتی - روبروی تالار مرمر - ساختمان شماره ۴ معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی
 تلفن: ۲۲۵۲۸۰۵۸-۲۲۵۲۱۹۵۲-۲۲۵۲۰۰۳ فکس: ۲۲۵۲۰۰۳