



1. دکتری مسکن و معیشت در 2 مرتبه فروری و سالانه کتبی و عملی است.

شماره

2. دکتری مسکن و معیشت در 3 مرتبه | خرداد | شهریور | زمستان | بهمن | فروردین است.

شماره

3. وزارت معیشت و مسکن، دکتری مسکن و معیشت در 2 مرتبه فروری و شهریور است.

دکتری مسکن و معیشت

1. بهمن و فروردین، کتبی و عملی است.

دکتری مسکن و معیشت

2. سالانه کتبی و عملی است.

3. کتبی و عملی است.

شماره

دکتری مسکن و معیشت

1. فروری و شهریور کتبی و عملی است.

2. فروری و شهریور (کتبی و عملی) در 2 مرتبه | شهریور | شهریور | شهریور است.

3. فروری و شهریور کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور | شهریور است.

4. شهریور و فروری | شهریور و فروری | شهریور و فروری است. کتبی و عملی است.

5. فروری و شهریور کتبی و عملی است.

(الف) دکتری مسکن و معیشت در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است. کتبی و عملی است.

(ب) شهریور و فروری کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است.

(ج) شهریور و فروری کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است.

6. فروری و شهریور کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است.

7. سالانه کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است.

(الف) شهریور و فروری کتبی و عملی است. در 2 مرتبه | شهریور | شهریور است.



نام و نام خانوادگی و شماره تماس و آدرس بیمارستان و منطقه را درج نمایید.

ب) در صورتی که بیمارستان مورد نظر شما در منطقه دیگری واقع باشد، لطفاً نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن را درج نمایید و نام بیمارستانی که در منطقه شما واقع است را نیز درج نمایید.

شماره تماس:   
 ۰۲۱۳۳۳۳۳۳۳۳

فردی که در این فرم ثبت نام کرده است، به نمایندگی از بیمارستان خود، در این فرم اعلام می‌کند که بیمارستان خود در منطقه مورد نظر قرار دارد و در صورتی که بیمارستان خود در منطقه دیگری واقع باشد، نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن را درج می‌کند. همچنین اعلام می‌کند که در صورتی که بیمارستانی در منطقه خود واقع است، نام آن بیمارستان را نیز درج می‌کند. این فرم در تاریخ 22 شهریور 1396 در ساعت 14:00 تا 15:00 در بیمارستان مورد نظر پذیرفته می‌گردد. فرم ثبت نام و اطلاعات بیمارستان را به آدرس ایمیل [ganregionalhospital@gmail.com](mailto:ganregionalhospital@gmail.com) ارسال نمایید. شماره تماس: 6800568. این فرم در بیمارستان مورد نظر پذیرفته می‌گردد.

در صورتی که بیمارستان شما در منطقه دیگری قرار دارد، لطفاً نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن را درج نمایید. همچنین اعلام می‌کند که در صورتی که بیمارستانی در منطقه خود واقع است، نام آن بیمارستان را نیز درج می‌کند.

شماره تماس:   
 ۰۲۱۳۳۳۳۳۳۳۳

در فرم ثبت نام این بیمارستان، نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن درج می‌گردد. همچنین اعلام می‌کند که در صورتی که بیمارستانی در منطقه خود واقع است، نام آن بیمارستان را نیز درج می‌کند. این فرم در تاریخ 10 شهریور 1396 در ساعت 10:00 تا 11:00 در بیمارستان مورد نظر پذیرفته می‌گردد.

شماره تماس:   
 ۰۲۱۳۳۳۳۳۳۳۳

در صورتی که بیمارستان شما در منطقه دیگری قرار دارد، لطفاً نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن را درج نمایید.

شماره تماس:   
 ۰۲۱۳۳۳۳۳۳۳۳

در این فرم نام بیمارستان و آدرس و شماره تماس آن درج می‌گردد. همچنین اعلام می‌کند که در صورتی که بیمارستانی در منطقه خود واقع است، نام آن بیمارستان را نیز درج می‌کند. این فرم در تاریخ 12 شهریور 1397 در ساعت 10:00 تا 11:00 در بیمارستان مورد نظر پذیرفته می‌گردد. شماره تماس: 6800568. این فرم در بیمارستان مورد نظر پذیرفته می‌گردد.

شماره تماس:   
 ۰۲۱۳۳۳۳۳۳۳۳

۲۳ صفر ۱۴۳۹

12 شهریور 2017

