

جدول جامع بخش های اصلی و روتیشن های دوره آموزشی  
دستیاران فلوشیپ/فوق تخصص

نام و نام خانوادگی دستیار : دکتر ..... رشته :

.....

تاریخ شروع دوره : ...../...../..... مقطع : فلوشیپ

تاریخ اتمام دوره : ...../...../..... کد دستیاری :

ردیف	نام بخش	مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی	از تاریخ	تا تاریخ	امضاء و مهر معاون آموزشی مرکز
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

امضاء مدیر

امضاء مدیر برنامه

گروه