دبیرخانه کنفرانس **بین المللی بهداشت ، درمان و ارتقای سلامت**

**با سلام**

احتراما اینجانب ................................................ موافقت خود را جهت عضویت در کمیته علمی و همکاری با کنفرانس اعلام می نمایم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مدرک تحصیلی: | رشته وتخصص: | مرتبه علمی: |
| دانشگاه/موسسه: | مسئولیت اجرایی: | شماره تماس ثابت: |
| شماره تماس همراه: | ایمیل: | وب سایت: |

آدرس وب سایت کنفرانس : www.hcnf.ir

ایمیل دبیرخانه کنفرانس : info@hcnf.ir

تلفن تماس دبیرخانه : 02171053038

تاریخ :

امضا :