

فرم درخواست عضویت

انجمن تحقیقات آزمایشگاهی ایران - تأسیس ۱۳۹۷

نام خانوادگی:	نام:
تاریخ تولد:	نام پدر:
کد ملی:	محل تولد:
شماره شناسنامه:	محل صدور:
رشته تحصیلی:	آخرین مدرک تحصیلی:
سال دریافت:	دانشگاه محل اخذ مدرک تحصیلی:
<p>نوع عضویت (پیوسته، وابسته، دانشجویی):</p> <p>عضویت پیوسته: فارغ التحصیلان دوره کارشناسی ارشد و دکتری و دانشجویان دوره دکتری</p> <p>عضویت وابسته: فارغ التحصیلان دوره کارشناسی</p> <p>عضویت دانشجویی: دانشجویان دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد</p>	
نشانی محل کار:	
نشانی منزل:	
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:
آدرس ایمیل:	
آیا عضو هیأت علمی یکی از دانشگاه‌ها و یا مراکز آموزش عالی می‌باشید؟ (با ذکر نام دانشگاه)	

سوابق تحصیلی

سال فارغ التحصیلی	شهر / کشور	دانشگاه / دانشکده	رشته / گرایش	مقطع تحصیلی
				کارشناسی
				کارشناسی ارشد
				دکتر

اینجانب ضمن تأیید مندرجات فوق، درخواست عضویت در «انجمن تحقیقات آزمایشگاهی ایران» را دارم و متعهد می‌شوم که کلیه مقررات اساسنامه انجمن را رعایت کرده و از انجام اعمال مغایر با اهداف انجمن دوری گزینم.

نام و نام خانوادگی / امضاء

تاریخ تکمیل فرم: