**دانشگاه علوم پزشکی .............**

**قابل توجه: تمامی مکاتبات وزارت بهداشت بر اساس کپی اطلاعات درج شده در جدول ذیل می‌باشد. لطفاً در تکمیل اطلاعات دقت فرمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **جدول 1- اطلاعات نامه اعلام نیاز سربازنخبه** | | |
| **سربازنخبه** | **نام و نام خانوادگی** |  |
| **کد ملی** |  |
| **مقطع تحصیلی** |  |
| **رشته تحصیلی** |  |
| **دانشگاه محل تحصیل** |  |
| **دانشگاه محل خدمت** |  |
| **تلفن همراه** |  |
| **ایمیل:** |  |
| **استاد راهنما** | **نام و نام خانوادگی** |  |
| **لاین تحقیقاتی** |  |
| **افیلیشن** |  |
| **عنوان پیشنهادی پروپوزال** | |  |
| **مرکز تحقیقات** | |  |