



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

تاریخ:

فرم ۲- فرم درخواست مشاوره اطلاع رسانی پزشکی

نام و نام خانوادگی:

شماره تماس:

شغل:

Email:

موضوع به فارسی:

موضوع به لاتین:

کلیدواژه ها (فارسی یا لاتین):

فارسی:

لاتین:

محدودیت ها:

انگلیسی فارسی

غیره: (نام ببرید)

انسان

حیوان

مونث

مذکر

سن:

از سال:

تا سال:

سایر:

فقط اطلاعات کتابشناختی

چکیده ✓

تمام متن ✓

تصویر

امضاء

گزارش اقدامات انجام شده:

نام و نام خانوادگی مشاور:

اظهار نظر دریافت کننده خدمات:

امضاء مسئول تور پژوهشی: