



انجمن خیرین سلامت بهداشت و درمان گیلان

فرم درخواست عضویت در انجمن خیرین سلامت شهرستان

شماره فرم تاریخ / /

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شماره ملی:

تاریخ تولد: / /

شغل:

تحصیلات:

آدرس:

تلفن همراه :تلفن ثابت.....

ایمیل:

زمینه‌های همکاری:

آموزشی و فرهنگی ? سلامت‌های برنامه ? غیرنقدی کمک ? نقدی کمک ?

سایر ? تخصصی خدمات ?

عضویت: انگیزه

تعهدنامه:

انجمن اهداف و قوانین چارچوب در شوممی متعهد و نموده اعلام داوطلبانه همکاری برای را خود آمادگی انجمن، مقررات و اهداف مطالعه با اینجانب
نمایم فعالیت

مدیره هیئت نظر

عضویت تأیید عدم ? عضویت تأیید ?

توضیحات:

رئیس هیئت‌مدیره :امضاء