

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
دانشکده پزشکی

شماره: ۵۱۵/۰۴/۲۶۸۱۱

تاریخ: ۱۴۰۴/۷/۲۸

پیوست: دارد

سرکار خانم دکتر الهام نیرومند
مدیر محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

با سلام و احترام

به پیوست لیست شرکت کنندگان در کارگاه **ISD** مورخ ۱۴۰۴/۶/۲۲ جهت استحضار
و صدور گواهی حضورتان ارسال می گردد.

آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید شیرودی، خیابان دانشگاه، دانشکده پزشکی، صندوق پستی ۱۵۶۸
کد پستی: ۶۷۱۴۸۶۹۹۱۴ شماره: ۳۴۲۷۶۴۷۷ تلفن: ۳۴۲۷۴۶۱۸-۲۱