چهارمین همایش بهره وری و نوآوری در حوزه سلامت در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

لطفاً فرم زیر با دقت پر نمایید. تکمیل همه موارد خواسته شده الزامی و در صورت ناقص بودن از ارجاع مقاله شما به داوری معذوریم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام (فارسی): نام (انگلیسی):  |  | نام خانوادگی (فارسی): نام خانوادگی (انگلیسی): |
| کد ملی: |  | ایمیل:  |
| رشته تحصیلی:  |  | درجه علمی: |
| مرتبه علمی:  |  | محل خدمت:  |
| تلفن همراه:  |  | تلفن ثابت:  |
| نشانی:  |
| سایر نویسندگان: |
| **چکیده مقاله:** کد مقاله: |