



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد  
شبکه بهداشت و درمان شهرستان بجستان

جلسه آموزشی :

مورخه :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	محل صدور شناسنامه	محل خدمت/سمت	امضاء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					