



تاریخ: معاونت پژوهشی پژوهشکده آموزشی، پژوهشی، درمانی، سل و بیماریهای (وی)

شماره:

پیوست:

فرم (ه.ه): مخارج همایش/کارگاه/بازآموزی مدون/اسمینار/کنفرانس/کنگره داخلی

تاریخ برگزاری:

محل برگزاری:

کل مبلغ دریافت شده:

کل مبلغ هزینه شده:

مبلغ باقی مانده:

نحوه پرداخت: شماره حساب ۲۱۷۷۱۱۹۰۰۲۰۰۳ بانک ملی حساب پژوهشی (وجه نقد) به نام بیمارستان

دکتر مسیح دانشوری

مهر و امضا

معاونت پژوهشی بیمارستان

مهر و امضا

دبیر اجرایی

مهر و امضا

دبیر علمی

مهر و امضا

مدیریت بیمارستان

مهر و امضا

نماینده مالی بیمارستان