



**راهنمای ثبت نام بازآموزی
(دوره هفتم خودآموزی ماهنامه دارویی رازی)
ویژه داروسازان و پزشکان عمومی**

- ۱- فرم درخواست ثبت نام را به طور دقیق تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
- ۲- نشانی خود را کامل، خواناو باذکر کدپستی (کد پستی ده رقمی) بنویسید.
- ۳- در صورت اشتراک قبلی در مجله رازی کد اشتراک را حتماً قید نمایید.
- ۴ - هزینه ثبت نام برای مشترکان محترم علاوه بر هزینه اشتراک، برای مدت یک سال، مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال خواهد بود.
- ۵ - هزینه ثبت نام را به حساب جاری شماره ۱۱۰۰/۴۳ بانک سپه شعبه یغما (قابل پرداخت در تمام شعب بانک سپه) واریز و اصل فیش بانکی را همراه با فرم ثبت نام تکمیل شده به آدرس نشریه رازی ارسال دارید.

(لطفاً فتوکپی فیش را نزد خود نگه دارید.)

آدرس ماهنامه دارویی رازی :

تهران، صندوق پستی ۱۱۴۹۵-۳۶۳، ماهنامه دارویی رازی

آدرس مراجعة حضوري :

تهران، خیابان انقلاب، چهارراه کالج، خیابان غزالی، پلاک ۳۱، تلفن : ۰۹۰۶۷۰۹۴۶۹

اطلاعیه بازآموزی دوره هشتم

ماهnamه دارویی رازی

بدین وسیله به اطلاع کلیه

پزشکان عمومی و دکترای داروساز

می‌رساند که:

بازآموزی (خودآموزی) دوره هشتم ماهنامه دارویی رازی

براساس مجوز شماره ۵۸۴۲ / ۶ / آ / ۸۵/۷ اداره کل

آموزش مداوم جامعه پزشکی

با میزان ۱۵ امتیاز

از بهمن سال ۱۳۸۵ آغاز می‌گردد.

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - اداره کل بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی



درخواست ثبت نام سال ۱۳۸۴

محل برگزاری: ماهنامه دارویی رازی (۱۱۵۳۳)

عنوان برنامه: خودآموزی (۵۱۰۰۵۱۳)

نام خانوادگی	<input type="text"/>				
نام	<input type="text"/>				
جنس:	۱ - مرد <input type="checkbox"/> ۲ - زن <input type="checkbox"/>				
سال	<input type="text"/> تاریخ تولد	ماه	<input type="text"/>	روز	<input type="text"/>
شماره شناسنامه صادره از: <input type="text"/>					
شماره نظام پزشکی <input type="text"/>					
مدرک و رشته تحصیلی:					
۱ - دکترای عمومی داروسازی <input type="checkbox"/> ۲ - دکترای تخصصی داروسازی <input type="checkbox"/> ۳ - پزشک عمومی <input type="checkbox"/>					
تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی	<input type="text"/>	ماه	<input type="text"/>	سال	<input type="text"/>
شهرستان محل فعالیت:					
آدرس پستی: استان: شهرستان: خیابان: خیابان: کوچه: کوچه: شماره: کدپستی: (ذکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)					
امضا: تاریخ:				