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: | | |