

شماره : تاریخ ابلاغ: کد سند : BH-HF/-for-01/01		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد شورای پذیرش و بررسی پیشنهادات کارکنان فرم شماره 1: پذیرش پیشنهاد
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره پرسنلی:
مدرک تحصیلی:	عنوان پست ثابت سازمانی:	محل کار:
آدرس و شماره تلفن پیشنهاد دهنده:		
امضاء : کد:		
عنوان پیشنهاد : کد:		
شرح پیشنهاد:		
بررسی اولیه: قبول: رد: تاریخ:		
ارجاع به کارشناسی:		
تاریخ:		
نظریه کارشناسی:		
نام و نام خانوادگی کارشناس : تاریخ : امضاء :		