**مرکز تحقیقات بیماریهای کلیوی و مجاری ادراری**

**درخواست شرکت در جشنواره تحقیقاتی- اختراع برتر**

 **رشته: ............................**

**مشخصات فردی:**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی :**  | **تاریخ تولد :**  |
| **نوع استخدام****هیئت علمی استادیار دانشیار استاد****غیر هیئت علمی** | **تاریخ استخدام** |
| **ادرس دقیق پستی** |
| **شماره تماس:** | **آدرس پست الکترونیکی:** |
| **تاریخ ثبت اختراع:**  |

|  |
| --- |
| **عنوان اختراع:** |
| **شرح :** |

 **ارسال فرم ثبت گواهی( بصورت فایل مجزا پیوست شود) نظر)ا**

 **امضا متقاضی**