**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**