

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام**

**معاونت آموزشی دانشگاه**

فرم ارتباط با دانش آموختگان در محل دفاتر فعال در سطح دانشکده ها

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی:** |
| **کدملی:** |
| **رشته تحصیلی:** |
| **مقطع تحصیلی:** |
| **دوره (روزانه/ پردیس):** |
| **شماره تماس:** |
| **نشانی (منزل/ محیط کار):** |
| **محل اشتغال:** |
| **پیشنهادات/ انتقادات:** |