فرم شماره ۲

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات

باسمه تعالی

بهداشتی درمانی کاشان

تاریخ .....

لیست حضور و غیاب کارگاه آموزشی .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	رشته پذیرفته شده	ساعت ورود	ساعت خروج	امضاء