

**فرم شرکت در جشنواره سلامت در مطبوعات
مرداد ماه ۹۵**

نام خانوادگی : نام : نام پدر:
 شماره شناسنامه : تاریخ تولد : محل تولد : کد ملی :
 شغل اصلی : محل اشتغال :
 تلفن محل کار (با ذکر کد شهر) : دور نگار (با ذکر کد شهر) :
 تلفن همراه : تلفن منزل (با ذکر کد شهر) :
 نشانی الکترونیک
 نشانی یا صندوق پستی : کد پستی

مشخصات اثر:

نام نگارنده	قالب اثر							صفحه	تاریخ	شماره	عنوان نشریه	عنوان اثر
		تیترو	گزارش	خبر	عکس	مقاله	سرمقاله					

اینجانب با قبولی مقررات ، مایل هستم با آثار فوق در جشنواره سلامت در مطبوعات شرکت کنم.
 امضاء: