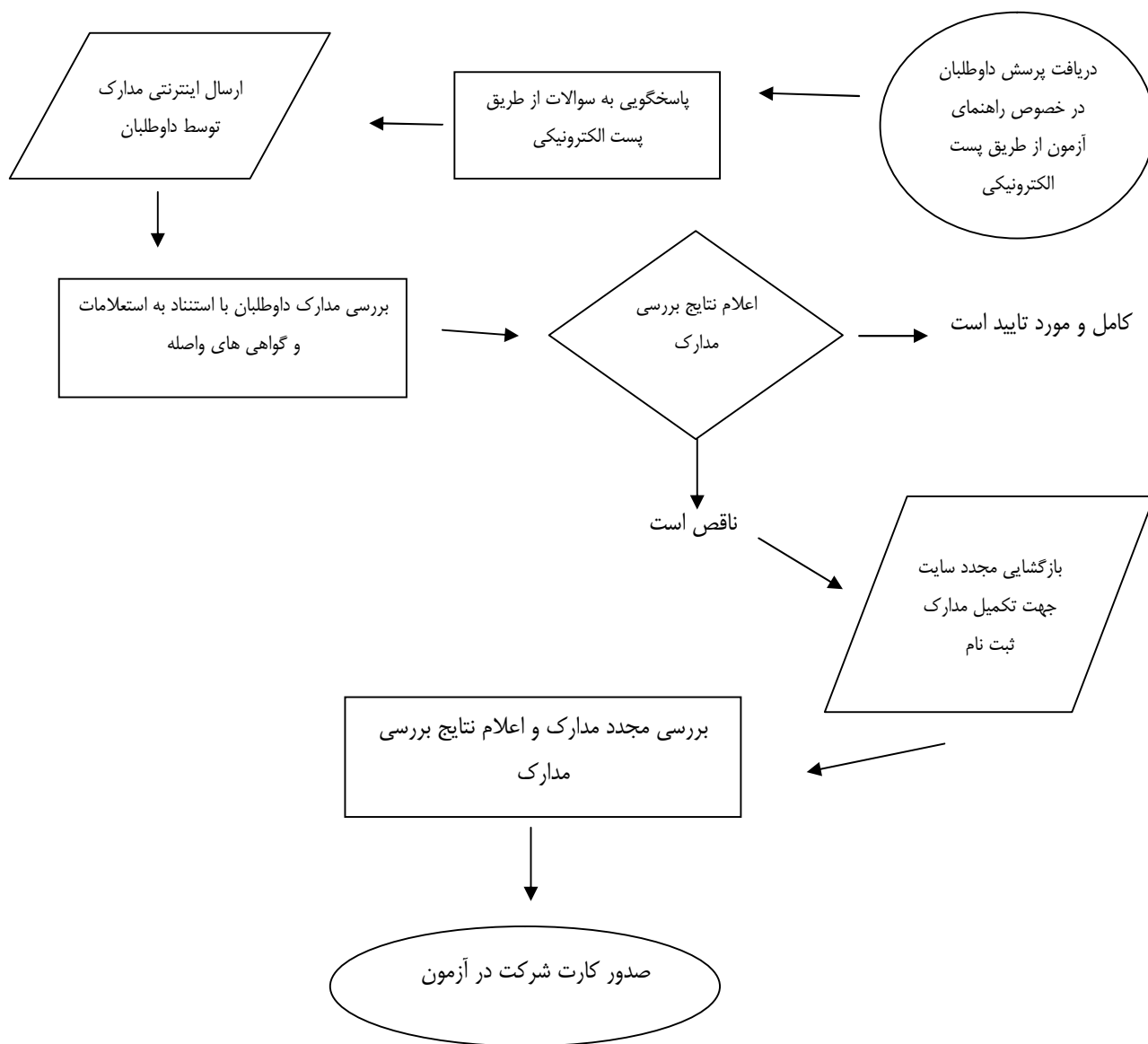




نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تلفن:	پست الکترونیک:	واحد مربوط: دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی
-------------------------------------	-------	----------------	---