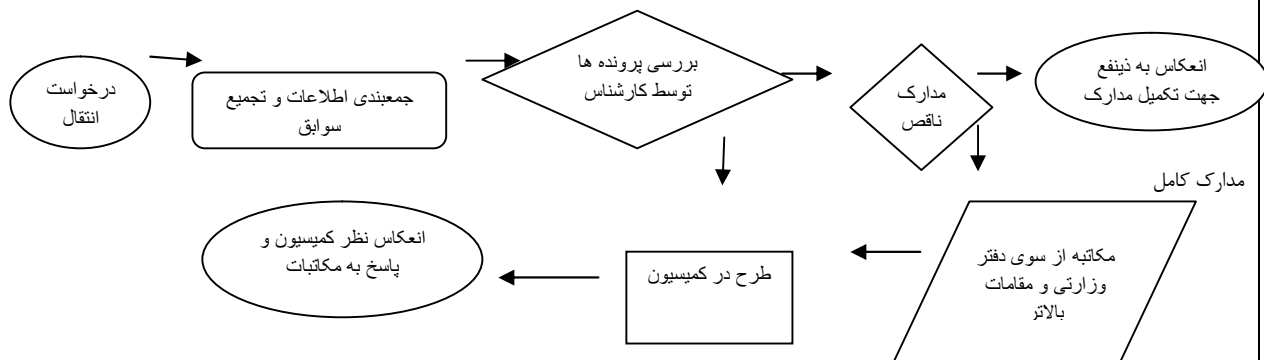


۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت



نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم:

تلفن:

پست الکترونیک:

واحد مربوط: دبیرخانه شورای آموزش
دندانپزشکی و تخصصی