**فرم عضویت و همکاری با مرکز تحقیقات سم شناسی بالینی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی:** | **رشته تحصیلی:** | **مقطع تحصیلی:** |
| **محل خدمت و واحد مربوطه:** | **شماره تماس:** | **کدملی:** |
| **آدرس ایمیل:** | **نحوه آشنایی:** | |
| 1. **آیا سابقه فعالیت پژوهشی داشته اید؟ (در صورت پاسخ بلی نحوه فعالیت خود را شرح دهید.)** 2. **آیا مقاله چاپ (فارسی یا انگلیسی) شده دارید؟( درصورت پاسخ بلی Pdf مقاله را ضمیمه کنید.)** 3. **آیا تسلط در نگارش مقاله دارید؟ (درصورت پاسخ بلی میزان تسلط خود را شرح دهید و از 1تا 5 به خود امتیاز دهید.)** 4. **آیا علاقه به فعالیت پژوهشی گروهی دارید؟( درصورت پاسخ بلی میزان تسلط خود را شرح دهید و از 1تا 5 به خود امتیاز دهید.)** 5. **آیا علاقه به مشارکت در طرح رجیستری مرکز تحقیقات سم شناسی بالینی(بیمارستان خورشید) دارید؟** | | |