


بسمه تعالی

کد مدرک و شماره بازنگری: CL-FR-003/00	فرم شماره ۱ برگ تقاضای انتشار نشریه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
---	--	--

نام و نام خانوادگی صاحب امتیاز:..... رشته تحصیلی
امضاء و تاریخ
نام و نام خانوادگی مدیر مسئول رشته تحصیلی:.....
امضاء و تاریخ
نام و نام خانوادگی سردبیر:..... رشته تحصیلی:
امضاء و تاریخ
۱- نام نشریه (حداقل ۲ نام به ترتیب اولویت).....
.....

۲- ترتیب انتشار
هفته نامه ماهنامه دو ماهنامه فصل نامه گاهنامه
۳- روش و موضوع انتشار

الف (روش

خبری آموزشی اطلاع رسانی تحلیلی

ب (موضوع

فرهنگی اجتماعی سیاسی علمی اقتصادی هنری ادبی ورزشی

۴- نوع نشریه :

روزنامه ای مجله ای

۵- قطع و اندازه

A5 A4 B3 A3 B4

۶- زبان نشریه

فارسی انگلیسی ترکی کردی اردو زبان دیگر

۷- گسترده توزیع :

ورودی دانشکده دانشگاه