

فرم درخواست کارورزی در کلینیک مغز و شناخت

 پس از تکمیل فرم آن را به آدرس ایمیل زیر ارسال نمایید.

**BCCLINIC95@GMAIL.COM**

|  |  |
| --- | --- |
| شماره تماس:  | نام و نام خانوادگی:  |
| مقطع تحصیلی:  | رشته تحصیلی :  |
| شغل:  | دانشگاه محل تدریس:  |
| چه دوره های آموزشی مرتبط با درخواست کارورزی خود گذرانده اید؟  | درخواست کارورزی در چه بخشی را دارید؟ (علامت بزنید)  |
| کارورزی rtms  |
| کارورزی TDCS  |
| کارورزی Eye tracking  |
| کارورزی EEG |
| کارورزی QEEG |
| کارورزی نوروفیدبک و بیوفیدبک  |
| کارورزی ERP  |
| کارورزی توانبخشی شناختی  |
| کارورزی دپارتمان حافظه  |
| کارورزی دپارتمان روانپزشکی |
| چه بازه زمانی برای گذراندن این دوره در نظر گرفته اید؟  |