

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
მედიცინის ფაკულტეტის დეკანს
პროფესორ ა. ცისკარიძეს

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

სახელი, გვარი

სპეციალობა

კურსი, ჯგუფი

აკადემიური
მოსწრება

სამეცნიერო
კონფერენცია
სამეცნიერო
პუბლიკაცია

ტელეფონი: _____

თარიღი _____

ხელისმოწერა _____