دومین جشنواره سراسری عکس سلامت ایران

Second Annual National Iranian Health Photo Festival

کد عکس

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام: .....

نام خانوادگی: .....

تاریخ تولد: / /

تحصیلات: ..... شغل: .....

تعداد عکسهای ارسالی یا سری مجموعه عکس: .....

تلفن یا تلفن همراه: .....

نشانی محل کار یا سکونت (همراه با کد پستی): .....

.....

پست الکترونیک: .....

مقررات و شرایط برگزاری جشنواره مورد قبول اینجانب ..... می باشد.

امضاء و تاریخ:

دومین جشنواره سراسری عکس سلامت ایران

Second Annual National Iranian Health Photo Festival

کد عکس لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام و نام خانوادگی: .....

تکه عکس مجموعه عکس شماره عکس: .....

عنوان عکس: .....

تاریخ عکاسی: ..... محل عکاسی: .....

دومین جشنواره سراسری عکس سلامت ایران

Second Annual National Iranian Health Photo Festival

کد عکس لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام و نام خانوادگی: .....

تکه عکس مجموعه عکس شماره عکس: .....

عنوان عکس: .....

تاریخ عکاسی: ..... محل عکاسی: .....

دومین جشنواره سراسری عکس سلامت ایران

Second Annual National Iranian Health Photo Festival

کد عکس لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام و نام خانوادگی: .....

تکه عکس مجموعه عکس شماره عکس: .....

عنوان عکس: .....

تاریخ عکاسی: ..... محل عکاسی: .....

دومین جشنواره سراسری عکس سلامت ایران

Second Annual National Iranian Health Photo Festival

کد عکس لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

نام و نام خانوادگی: .....

تکه عکس مجموعه عکس شماره عکس: .....

عنوان عکس: .....

تاریخ عکاسی: ..... محل عکاسی: .....

نشانی دبیرخانه: خیابان انقلاب. خیابان فخررازی. تقاطع شهید نظری. معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت. طبقه ۲. روابط عمومی | تلفن: ۶۶۴۰۵۵۶۹

توجه: لطفاً برچسب های پیوست را پشت هر عکس به صورت جداگانه بچسبانید. / کپی از فرم و برچسب قابل قبول می باشد.