

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی ابن سینا همدان
دانشکده علوم و فناوری های نوین پزشکی

سوالات امتحانی درس:	تاریخ برگزاری:	نام استاد:
نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	
تعداد سؤالات:	مدت زمان پاسخگویی:	