

بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و سلامت اجتماعی

فرم شماره ۲

درخواست پوشش خبری

نام واحد:	
شماره تلفن:	
۱- روز و تاریخ برنامه : / / ۱۳	
۲- ساعت شروع و خاتمه از تا	
۳- موضوع برنامه :	
سمینار ☐ کنگره ☐ یادواره ☐ همایش ☐ سایر.....	
۴- خلاصه اخبار	
۵- مکان درج اخبار: سایت دانشگاه ☐ انعکاس به خبرگزاری ها ☐ سایت های وزارتی ☐	
۶- نوع پوشش خبری :	
الف - حضور خبرنگار روابط عمومی ☐	
ب - از طریق خبرگزاری ها ☐	
ج - تصویربرداری ☐ عکاسی ☐	
د - سایر با ذکر مورد	
نام مقام تأیید کننده:	اعلام نظر مدیریت روابط عمومی و اطلاع رسانی دانشگاه
امضاء.....	مهر و امضاء
تاریخ.....	