



باسمه تعالی

فرم درخواست کواهی اشتغال به تحصیل دانشجویان علوم پایه و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی

نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	رشته و مقطع تحصیلی
متن درخواست:		
امضا - تاریخ		
نظر استاد راهنمای آموزشی یا پژوهشی:		
امضا - تاریخ		
نظر مدیر گروه:		
امضا - تاریخ		
دستور معاون آموزشی علوم پایه و تحصیلات تکمیلی دانشکده:		
امضا - تاریخ		

مدیریت / ریاست محترم

با اهدای سلام

به این وسیله گواهی می‌شود آقای فرزند به شماره شناسنامه متولد
صادره از دانشجوی ورودی نیمسال اول/دوم سال تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد/دکتری
تخصصی (PhD) رشته به شماره دانشجویی ، در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی
..... در این دانشگاه ثبت‌نام نموده و به تحصیل اشتغال دارد. این گواهی بنا به درخواست نامبرده برای ارائه
به آن صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش دیگری از جمله ترجمه می‌باشد.

دکتر ابوالفضل گلستانی

معاون آموزشی علوم پایه و تحصیلات تکمیلی