



دانشکده فناوریهای نوین علوم پزشکی

## فرم درخواست دانشجو

تاریخ:.....  
شماره:.....  
پیوست:.....

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

تلفن تماس ضروری:

**درخواست دانشجو:**

معاون محترم آموزشی:  پزشکی عمومی دانشکده  تحصیلات تکمیلی دانشکده  رئیس اداره خدمات آموزشی دانشکده

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

امضاء دانشجو

**نظر شورای گروه:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

امضاء مدیر گروه

**دستور معاون آموزشی دانشکده:**

.....  
.....

امضاء

**نتیجه نهایی:**

.....  
.....  
.....

امضاء

**تذکر مهم:** فرم مذکور پس از تکمیل توسط دانشجو در دبیرخانه دانشکده ثبت و سپس به آموزش دانشکده تحویل گردد. (شماره را جهت پیگیری

به همراه داشته باشید.)