فرم درخواست صدور گواهی اشتغال به تحصیل

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پزشکی

اداره آموزش معاونت آموزشی پزشکی عمومی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب ...............................به شماره دانشجویی ............................فرزند ........................متولد سال .......................به شماره شناسنامه ......................صادره از ................دانشجوی دوره ..........................رشته ......................................این دانشکده درخواست صدور یک برگ گواهی اشتغال به تحصیل در نیمسال ............سال تحصیلی ........................جهت ارائه به ......................................را دارد.

تاریخ و امضاء