



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار
دانشکده بهداشت

نام و نام خانوادگی: _____ شماره دانشجویی: _____ سال ورود: _____
 رشته تمصیل: _____ مقطع: کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد پزشکی
 وضعیت: سهمیه آزاد مهمان اتباع خارجی
 انتخاب واحد نیمسال: _____ سال تمصیل: _____

ردیف	کد درس	کد گروه	نام درس	تئوری	عملی	کارآموزی و کارورزی	پایان نامه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
جمع و امد							
			مبلغ کل شهریه	شهریه ثابت	شهریه متغیر		

تذکره: چون برگه مجدد صادر نمی شود در حفظ و نگهداری آن دقت نمائید... امضادانشجو

۱- کارشناس مسئول آموزش آقای/خانم
 ۲- استاد راهنما آقای/خانم
 ۳- مدیر گروه آقای/خانم
 ۴- حسابداری آقای/خانم

۵- این فرم توسط کارشناس آموزش- خانم در مورخ ثبت گردید. امضا