

سبعتسالی



دانشکده پسران پزشکی

شماره:

تاریخ:

پوست:

مدیریت محترم آموزش و تحصیلات تکمیلی

سلام علیکم:

احتراما، با توجه به درخواست گواهی اشتغال به تحصیل آقای / خانم
..... با شماره دانشجویی دانشجوی
ترم صلاحیت آموزشی نامبرده جهت صدور این گواهی به
..... مورد تایید می باشد

امضاء مربی

امضاء مدیر گروه

امضاء ریاست دانشکده

سبزوار: بلوار شهدای هسته ای، بالاتر از مزار شهدای گمنام، پردیس دانشگاه علوم
پزشکی سبزوار حوزه معاونت آموزشی
کدپستی: ۹۶۱۱۷۹۱۳۱۱۲-۹۶۱۱۷۹۱۳۱۱۴
تلفن: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۳۰۰-۶ نمابر: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۴۴۰
www.medsab.ac.ir آدرس اینترنتی:
p.s@medsab.ac.ir پست الکترونیکی: