

فرم درخواست استفاده از تسهیلات دانشجویان تحصیلات تکمیلی پایه

مدیر محترم گروه

چناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر

سلام علیکم؛

احتراماً به استحضار می‌رساند اینجانب / اینجانبان دانشجو / دانشجویان مقطع / مقاطع رشته تمایل دارند جهت شرکت در کنگره / کارگاه / نمایشگاه با عنوان که از تاریخ لغایت تاریخ که در محل برگزار می‌گردد، شرکت نمایند. لذا خواهشمند است در این خصوص دستور فرمائید اقدامات لازم مبذول گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	مقطع	امضاء	ردیف	نام و نام خانوادگی	مقطع	امضاء
							توضیحات

معاون محترم آموزشی علوم پایه و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی
چناب آقای دکتر

سلام علیکم؛

احتراماً، با درخواست امضاء کنندگان فوق جهت شرکت در کنگره / کارگاه / نمایشگاه یادشده موافقت می‌گردد. خواهشمند است دستور فرمائید طبق ضوابط اقدام لازم بعمل آید.

دکتر

مدیر گروه آموزشی