



بسمه تعالی

اداره آموزش دانشکده پزشکی
فرم درخواست دانشجوی

نام و نام خانوادگی : شماره دانشجویی :

مقطع تحصیلی : علوم پایه ☐ فیزیوپاتولوژی ☐ کارآموزی ☐ کارورزی ☐

درخواست دانشجو :

ضمیمه : دارد ☐ ندارد ☐ شماره همراه : تاریخ امضاء

کارشناس محترم مقطع :

تاریخ امضاء

رئیس محترم اداره آموزش :

تاریخ امضاء

معاون محترم پزشکی عمومی :

تاریخ امضاء