تاريخ: \_تاريخ\_

شماره: \_شماره\_

پيوست: \_پيوست\_

|  |
| --- |
| مديريت محترم مركز بهداشت دانشگاه تبريز |

سلام علیکم

احتراماً ، به پيوست عين گواهي پزشكي آقاي/خانم دانشجوی رشته

گرایش به شماره دانشجویی در نیمسال

جهت بررسی و اعلام نظر ارسال می­گردد.

|  |
| --- |
| #signature# |

رئيس / معاون دانشكده

رياست / معاونت دانشكده

با سلام ،

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| احتراماً ، در پاسخ به نامه شماره فوق الذكر گواهي پزشكي نامبرده به مدت |  | روز و از تاريخ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تا تاريخ |  | مورد تائيد است / مورد تائيد نيست / نياز به مراجعه دانشجوي و ارائه مدارك پزشكي |

#signature3#

|  |
| --- |
| دارد .  #signature2# |

|  |  |
| --- | --- |
| خانم دكتر شهلا محمودي  پزشك معتمد دانشگاه | آقاي دكتر حسين ساعي  رئيس مركز بهداشت دانشگاه |

مديريت محترم خدمات آموزشي دانشگاه

سلام عليكم ،

احتراماً ، مراتب جهت حذف درس ................................................................. به شماره .................................................................... از نيمسال اول/دوم سالتحصيلي ............................................... ارسال مي گردد .

#signature4#

رئيس / معاون دانشكده