

بسمه تعالی

بدین وسیله گواهی می گردد خانم دکتر: آقای دکتر: فوق تخصصی دستیار رشته تخصصی کلینیک برنامہ های چرخشی و آموزشی مربوطه دوره ساله انجام داده و از سوی مدیریت به امتحانات گواهینامه تخصصی دانشنامه تخصصی دانشنامه فوق تخصصی معرفی شده است.

دکتر:
مدیر گروه:

نامبرده در تاریخ / / با این مرکز تسویه حساب نموده و هیچ گونه بدهی نقدی و جنسی و کلیه بخشهای آزمایشگاه و کتابخانه ندارد.

معاون آموزشی مرکز پزشکی آموزشی و درمانی

نامبرده با امور دانشجویی دانشکده تسویه حساب نموده است.

امور دانشجویی دانشکده پزشکی

نامبرده طی نامه شماره مورخ طرح یکماهه را انجام داده است.
تذکر: دستیاران رشته های فوق تخصصی و فلوشیپ و رشته های تخصصی پاتولوژی، پزشکی هسته ای، پزشکی اجتماعی، طب فیزیکی و رادیولوژی نیاز به ارائه طرح یکماهه ندارند.

نامبرده در تاریخ / / با امور مالی دانشکده تسویه حساب نموده و هیچ گونه مطالبه و بدهی ندارد.
تذکر: دستیاران رشته های فلوشیپ نیازی به تکمیل این بند ندارد.

امور مالی دانشکده پزشکی

اینجانب متعهد می گردم که هیچ گونه بدهی به مراکز تابعه دانشگاه، اعم از آزمایشگاه، کتابخانه، پایوبون، امور دانشجویی و..... ندارم.

کارت دانشجویی تحویل شد.

تاریخ:

دکتر:

امضاء:

مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

رئیس دانشکده پزشکی

معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی