

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان
دانشکده بهداشت رشت

تاریخ:.....
شماره:.....
پست:.....

فرم گواهی اشتغال به تحصیل دانشجویان

ریاست محترم دانشکده بهداشت رشت

احتراماً اینجانب دانشجوی رشته ورودی مهر/ بهمن سال
مقطع متقاضی اخذ یکبرگ گواهی اشتغال به تحصیل برای نیمسال اول /دوم سال
تحصیلی جهت ارائه به شهر/شهرستان..... میباشم .

تاریخ و امضاء دانشجو:

آقای /خانم دانشجوی رشته ورودی مهر/بهمن سال مقطع.....
در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی در این دانشکده مشغول به تحصیل می باشد. شایان
ذکر است این گواهی بنا به درخواست مورخ نامبرده جهت ارائه به آن سازمان /اداره و.....
صادر گردیده ، غیر قابل ترجمه و فاقد ارزش قانونی دیگری ندارد.

دکتر میثم شریف دینی

رئیس دانشکده بهداشت