

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام؛

به استحضار می رساند : درخواست تاییدیه تحصیلی مقاطع قبلی و ریز نمرات دانش آموختگان آن دانشگاه (مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ناپیوسته ، کارشناسی ارشد ، دکترای حرفه ای ، دکتری تخصصی ، تخصصی بالینی) که در این دانشگاه پذیرفته شده اند، از طریق فرم پیوست و توسط شخص دانش آموخته به صورت دستی و یا ارسال پستی به آن دانشگاه تقدیم می شود . خواهشمند است دستور فرمایید پاسخ این درخواست ها را با ارجاع به شماره و تاریخ این نامه به صورت محرمانه به آدرس : سبزواری، جاده توحیدشهر ، بلوار شهدای هسته ای ، بالاتر از مزار شهدای گمنام ، پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزواری ، بلوک C ، معاونت آموزشی ، اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی ، واحد پذیرش و ثبت نام ، کد پستی : ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴ مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری ارسال فرمایند . پیشاپیش از دستور همکاری سپاسگزاری می شود.



دکتر سید علیرضا جوادی نیا
مدیر آموزش و تحصیلات تکمیلی



درخواست تاییدیه تحصیلی

کاردانی کارشناسی ناپیوسته کارشناسی پیوسته کارشناسی ارشد دکترای حرفه ای دکترای تخصصی تخصص بالینی

قبل از تکمیل فرم توجه فرمایید: چنانچه به علت ناخوانا بودن خط، عدم تطبیق مشخصات داده شده با شناسنامه و مدارک تحصیلی در صورت تاییدیه و تاخیر شود، مسئولیت آن به عهده دانش آموخته است.

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام؛

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه و شماره ملی
صادر از متولد (روز، ماه، سال) محل تولد با شماره دانشجویی
در رشته گرایش دوره روزانه شبانه پردیس خودگردان از آن دانشگاه/ موسسه غیرانتفاعی/
آموزشکده در نیمسال اول نیمسال دوم دوره تابستانی سال فارغ التحصیل گردیده ام و اکنون در آزمون ورودی سال
تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در مقطع رشته (نیمسال اول نیمسال دوم) روزانه پردیس خودگردان
در دانشگاه علوم پزشکی سبزواری پذیرفته شده ام، تقاضا دارم یک برگ گواهی فراغت از تحصیل حاوی:

1- مدت بهره مندی از آموزش رایگان 2- وضعیت تعهدات 3- میزان بدهی 4- وضعیت خدمت لایحه قانونی نیرو انسانی 5- سهمیه ثبت نامی در کنکور، معدل و تاریخ فراغت از تحصیل (روز، ماه، سال) 6- نمره کتبی و شفاهی آزمون دانشنامه تخصصی پزشکی صادر و به صورت محرمانه به نشانی: سبزواری- جاده توحیدشهر - بلوار شهدای هسته ای - بالاتر از مزار شهدای گمنام - پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزواری- بلوک C - معاونت آموزشی- اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی - واحد پذیرش و ثبت نام، کد پستی: ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۲-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴ ارسال گردد.

تذکر: ضمناً در صورتی که تاییدیه تحصیلی جهت اشتغال به کار دانش آموخته صادر گردیده است، اعلام فرمایند.

شماره دانشجویی مقطع فعلی در دانشگاه علوم پزشکی سبزواری:

نشانی و شماره تلفن دانش آموخته با ذکر کد شهر:

شماره همراه ضروری: محل امضا دانش آموخته تاریخ:

ثبت درخواست دانشجو در دبیرخانه دانشگاه (مقطع قبلی):

تاریخ:
شماره:

لازم است دانشجو شماره و تاریخ ثبت درخواست فوق در دانشگاه محل تحصیل قبلی را حداکثر تا یک ماه پس از ثبت نام نهایی، به مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری ارائه نماید.

آدرس: سبزواری- جاده توحیدشهر - بلوار شهدای هسته ای - بالاتر از مزار شهدای گمنام - پردیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزواری- بلوک C - معاونت آموزشی- اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی - واحد پذیرش و ثبت نام، کد پستی: ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۲
تلفن: ۰۵۱۴۴۰۱۸۴۴۵

اگر دانشگاه اصلاح شود ، مملکت اصلاح می شود. « امام خمینی (ره) »

به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای والای اسلامی در محیط دانشگاه و قطع وابستگی از فرهنگ مبتذل غرب و تحقق بخشیدن به وصایای شهدای راه حق و جنگ تحمیلی و دستیابی به اهداف نظام جمهوری اسلامی و در راستای اجرای مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی ، بر تمامی دانشجویان فرض است که ضمن رعایت کلیه مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه ذیل را دقیقاً رعایت نمایند.

الف) رفتار حرفه ای: به عنوان یک وظیفه شرعی و اخلاقی دانشجوی می باشد رعایت نکات ذیل در این خصوص الزامی است.
 ۱- دانشجویان موظفند در محیط دانشگاه و واحدهای تابعه رعایت شئون و اخلاق و آداب اسلامی را نموده و رفتاری کاملاً حرفه ای و متناسب با شان محیطهای علمی از خود نشان دهند. هرگونه رفتار و گفتار ناپسند و خلاف شرع خودداری نمایند.
 ۲- حفاظت و استفاده صحیح از امکانات و تجهیزات و وسایل عمومی در اختیار ، از وظایف حرفه ای دانشجوی می باشد.
 ب) پوشش حرفه ای: داشتن ظاهری تمیز و متناسب با موقعیت حرفه ای در تمامی ساعات آموزشی و کاری و رعایت نکات ذیل الزامی است.

• رعایت نکات ذیل برای خواهران:

- ۱) مانتو و شلوار مدل ساده گشاد و بلند از پارچه ضخیم و یک رنگ در رنگهای سنگین نظیر سرمه ای ، قهوه ای ، طوسی و مشکی
- ۲) استفاده از مقنعه بلند و ضخیم از رنگهای ساده بدون هرگونه تزئین . بدیهی است استفاده از چادر مشکی اولی است.
- ۳) استفاده از جورابه های ضخیم در رنگهای سنگین و نیز استفاده از کفش های پاشنه کوتاه در رنگهای سنگین .
- ۴) احتراز از هر نوع آرایش از قبیل بند کردن و لاک زدن ناخن ها و ... و نیز عدم استفاده از عطر و سایر لوازم آرایش .

• موارد زیر برای برادران ممنوع می باشد:

- ۱) استفاده از پیراهن های آستین کوتاه
 - ۲) بازگذاشتن یقه پیراهن
 - ۳) استفاده از رنگهای تند و زننده در پوشش
 - ۴) استفاده از لباسهای تنگ و چسبان
 - ۵) بلندکردن ناخن ها
 - ۶) استفاده از تزئینات غیر متعارف
- لازم به تذکر است که معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاهها ناظر بر حسن اجرای این آیین نامه بوده و با متخلفین طبق مقررات برخورد دانشجوی متخلف را به شورای انضباطی معرفی خواهند نمود. بدیهی است شورای انضباطی دانشجویان نیز به طریق مقتضی پیگیری حسن اجرای این آیین نامه خواهد بود.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب ----- فرزند ----- دانشجوی رشته ----- آیین نامه فوق را با دقت مطالعه، و متعهد می شوم که ضمن رعایت کلیه قوانین و مقررات اداری و آموزشی و سایر قوانین نظام جمهوری اسلامی در محیط دانشگاه ، موارد مشروحه در این آیین نامه را نیز دقیقاً رعایت نمایم. در صورت مشاهده هرگونه تخلف از این تعهد نامه برابر مقررات با اینجانب عمل گردد.

تاریخ و امضاء دانشجو

« فرم تعهد کارمندی »

اینجانب آقای /خانم دکتر که در رشته دوره پذیرفته شده‌ام

با اطلاع کامل از مقررات مقطع دستیاری در مورد بهره‌مندی از هزینه تحصیلی اعلام می‌دارم که در هیچ موسسه دولتی و غیردولتی اشتغال

به کار انتفاعی ندارم. در صورت بروز هر گونه مغایرت با صحت مراتب فوق حق هیچ گونه اعتراض نسبت به تصمیمات دانشگاه نخواهم داشت.

امضاء و تاریخ

اثر انگشت

افرادی که با استفاده از مأموریت آموزشی / امرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیرنظامی اشتغال به تحصیل دارند قسمت ذیل را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی:

رشته پذیرفته شده:

موسسه / شرکت / سازمان:

امضاء و تاریخ

فرم تعهد صحت مدارک

اینجانب ----- پذیرفته شده دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی پزشکی رشته ----- ، صحت مندرجات فرم‌های تکمیل شده ثبت نامی را تایید می‌نمایم و متعهد می‌گردم در صورت مغایرت مدارک تحویل شده با اصل ، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه بدینوسیله حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می‌نمایم.

امضاء و مهر نظام پزشکی :

تاریخ:

بسمه تعالی



معاونت آموزش

فرم تعهد دانشجویان سال آخر

اینجانب ----- پذیرفته شده دوره آزمون دستیار تخصصی پزشکی دوره
رشته ----- متعهد می‌گردم تا تاریخ ۱۰۶/۳۱ ----- فارغ التحصیل
گردم و مدرک دال بر فراغت از تحصیل خود را به اداره پذیرش و ثبت نام تحویل نمایم
و در غیر این صورت، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هرگونه
اعتراض را از خود سلب می‌نمایم.

امضاء:

تاریخ:

مشخصات سه نفر از افراد مورد اعتماد که به مدت طولانی و مستقیماً شما را بشناسند و حتی با آن خویشاوند نباشد ذکر فرمایید.

آشنا	نام و نام خانوادگی	شغل معرف	مدت آشنایی از تا	نحوه آشنایی	نسبت	آدرس فعلی محل کار و سکونت	تلفن
در محل سکونت							
در محل تحصیل							
در محل کار							

چنانچه از بستگان شما در سپاه، بسیج یا دیگر ارگانها و نهادهای انقلابی فعالیت دارند در جدول زیر بنویسید.

نام نهاد	نام بستگان	نسبت	نشانی محل سکونت و کار	تلفن

چنانچه تاکنون در گزینش نهادها، ادارات یا مراکز آموزشی شرکت داشته اید جدول زیر را تکمیل نمایید.

نام دستگاه	استان	شهر	تاریخ ثبت نام	نتیجه گزینش	در صورت عدم پذیرش دلایل آن را توضیح دهید.

شرکت در جبهه : داشته ام نداشته ام تعداد دفعات اعزام بار جمعاً بمدت ماه و روز و بصورت داوطلب
 سرباز ماموریتی رزمی پشتیبانی

از بستگان درجه یک به خانواده و شهید <input type="checkbox"/> مفقودالثر <input type="checkbox"/>		مجروح <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> می باشم	
نام شهید یا مفقودالثر	نسبت فامیلی شما با او	محل شهادت	محل وقوع حادثه

سوابق فعالیتهای خود را در چند سال اخیر در جدول زیر توضیح دهید (نظیر فعالیت در نهادهای انقلابی، بسیج، انجمنها، امور عام المنفعه)

نوع فعالیت	محل فعالیت	از تاریخ	تا تاریخ	آدرس دقیق محل فعالیت	تلفن

شماره تلفنی که در صورت ضرورت بتوان با شما تماس فوری گرفت نام صاحب تلفن :

نشانی های محل سکونت خود را در طی ده سال اخیر نوشته و چنانچه انفرادی زندگی کرده اید قید نمایید.

استان	شهر	محل	خیابان	خیابان فرعی	کوچه	پلاک	کدپستی	تلفن	تاریخ شروع و خاتمه اقامت از ... تا	زندگی انفرادی داشته اید.

(کروکی آدرس محل سکونت فعلی "خیابان اصلی نوشته شود")	(کروکی آدرس محل سکونت قبلی "خیابان اصلی نوشته شود")
↑ شمال	↑ جنوب
صحت مندراجات فوق مورد تایید اینجانب می باشد. تاریخ امضاء	

برگ مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی دستیاری تخصصی بالینی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
رشته های گروه پزشکی، سال تحصیلی ... - ...

مقطع تحصیلی فعلی :	رشته تحصیلی فعلی :
سال ورود به تحصیل :	دانشگاه فعلی محل تحصیل :

تذکر : چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد .

* نام خانوادگی : نام : نام پدر : شماره شناسنامه :

* شماره ملی : تاریخ تولد :

* وضعیت تأهل : وضعیت خدمت نظام وظیفه : نام و نام خانوادگی قبلی :

* نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر :

* شغل و محل کار همسر :

* در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمایید :

.....

* داوطلب استفاده از سهمیه :

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪ کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

* نام دانشگاههای محل تحصیل در مقاطع قبلی

ردیف	نام دانشگاه	مقطع	رشته	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نشانی دانشگاه
۱						
۲						
۳						

* در صورت شرکت در آزمون دستیاری تخصصی دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید.

مثبت منفی

نتیجه مرحله اول آزمون	مثبت	منفی
نتیجه مرحله دوم آزمون		
نتیجه مرحله سوم آزمون		

* وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	نوع استخدام	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نشانی و تلفن
				فعالیت فعلی
				فعالیت خارج از مرکز

* حضور در جبهه و یا خدمت سربازی : آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

* سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

* وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر آزاده

* نام و نام خانوادگی ایشان :

* محل و زمان (شهادت / اسارت / مفقود شدن) :

* مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترس می باشند ذکر نمایند .

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نشانی و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

* نشانی محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

ردیف	استان	شهر	نشانی پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

* سابقه کیفری در دادگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل :

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

* چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید یا ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ۱- ۲- ۳-

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و براساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن برعهده اینجانب خواهد بود .

نام و نام خانوادگی تاریخ تنظیم :

امضاء

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
				فعالیت فعلی
				طرح خارج از مرکز

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
				فعلی
				قبلی

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملا شناخته و قابل دسترسی می باشند ذکر نمائید. (بدیهی است دو نفر از افراد معرفی شده می بایست از آشنایان (نسبت خانوادگی درجه یک نداشته باشند) و دو نفر دیگر از دوستان دوره تحصیل باشند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

سابقه محکومیت کیفری یا انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

تلفن منزل :

تلفن همراه :

شماره تلفن ضروری در دسترس :

E-MAIL:

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و بر اساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ تکمیل فرم

امضاء:

فرم مشخصات پذیرفته شدگان دوره دستیاری تخصصی

		شماره دستیاری	
		نام و نام خانوادگی:	
		نام پدر:	
محل صدور:		شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
نیمسال ورود:		رشته:	کد ملی:
دانشکده:		مقطع:	نوع دوره:
قومیت:	ملیت:	مذهب:	دین:
وضعیت تأهل: متاهل <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/>		تعداد فرزندان:	جنسیت: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
وضعیت پروانه دائم: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>		بخش:	شهر:
تلفن همراه:		تلفن ثابت:	وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت هوشمند <input type="radio"/> کارت معافیت هوشمند <input type="radio"/>
شماره نظام پزشکی:		معدل کل:	آدرس الکترونیکی:
آدرس محل سکونت:			
آدرس و تلفن محل کار:			
سوالات مربوط به دوره دکتری عمومی:			
سال فراغت از تحصیل: ۱۳ / /		سال ورود به دوره:	دانشگاه محل تحصیل دوره دکتری عمومی:
نمره آزمون پیش کاروری:		سال آزمون پیش کاروری:	معدل کل دوره دکتری عمومی:
سوالات مربوط به دوره دستیاری:			
سهمیه قبولی:		دوره قبولی دستیاری:	سال شروع دوره:
Mph را گذرانده:		محل تعهد:	نوع تعهد خدمتی:
نوع استخدام: رسمی <input type="radio"/> پیمانی <input type="radio"/> قراردادی <input type="radio"/>		عنوان شغل:	محل استخدام رسمی:
متقاضی استفاده از مرخصی بدون حقوق: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> : متقاضی استفاده از مأموریت آموزشی:	
وضعیت انجام طرح نیروی انسانی:			
معاف از طرح <input type="radio"/> در حال انجام خدمات قانونی می‌باشم و تا تاریخ ۱۳ / / خدمت مذکور را به پایان خواهیم رساند <input type="radio"/>			
طرح خود را نجام داده و دارای پرونده دائم یا پایان طرح می‌باشم. <input type="radio"/> تاریخ شروع طرح: تاریخ پایان طرح:			
پایان ترخیص از طرح: جزو ۱٪ رتبه اول دانشگاه می‌باشم <input type="radio"/>			

اطلاعات تکمیلی:

نسبت	نام و نام خانوادگی	شغل	نشانی-تلفن
پدر			
مادر			
همسر			
فرزند			
خواهر			
برادر			

نسبت:

شماره تلفن همراه یکی از بستگان یا آشنایان که در صورت نیاز بتوان با ایشان تماس گرفت:

اینجانب این فرم را در تاریخ _____ صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت این اطلاعات را به عهده میگیرم و در صورت هرگونه مغایرت مسئولیت آن را می پذیرم و در اینصورت دانشگاه قادر است برابر مقررات با اینجانب رفتار نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

امضاء دانشجو

تاریخ ثبت نام:

باسمه تعالی



شورای انضباطی دانشجویان

اظهارنامه انضباطی دانشجویان جدید الورود

سال تحصیلی نیمسال

باید خوب درس بخوانید و به طور دقیق انضباط و نظم اجتماعی را رعایت کنید. محیط هرج و مرج و محیطی که در آن امید وجود نداشته باشد، ضد پیشرفت است.

امام خامنه‌ای «مدظله العالی»

با توجه به قداست علم، اخلاق و محیط‌های آموزشی، پژوهشی و ضرورت دفاع و حراست از حقوق عمومی دانشجویان، اینجانب فرزند با مشخصات ذیل، خود را مکلف و موظف می‌دانم در طول زمان تحصیل، در محیط‌های داخل و خارج دانشگاه، مقررات انضباطی، موضوع آیین‌نامه انضباطی دانشجویان جمهوری اسلامی ایران مصوب سیصد و پنجاه و هشتمین جلسه مورخ ۱۳۷۴/۶/۱۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی و شیوه‌نامه اجرایی مربوطه مصوب ۱۴۰۱ را که به صورت غیرحضوری با مطالعه شیوه‌نامه اجرایی انضباطی دانشجویان، نسبت به محتوای آن آگاه شدم، مراعات نمایم.

آیین‌نامه انضباطی یادشده و شیوه‌نامه اجرایی مربوطه در پایگاه اطلاع‌رسانی دانشگاه به نشانی <https://www.medsab.ac.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=11543> شورای انضباطی درج

گردیده است.

تاریخ تولد	شماره ملی	شماره دانشجویی	رشته تحصیلی
مقطع تحصیلی	وضعیت تاهل	دین و مذهب	تلفن همراه دانشجوی
تلفن ثابت	تلفن همراه پدر	تلفن همراه مادر	تلفن ضروری

نشانی محل سکونت خانواده:

توجه: با استناد به تبصره‌های یک و سه ماده ۶۷ شیوه‌نامه اجرایی هرگونه دعوت احتمالی شما به شورای انضباطی، مبنی بر اطلاع‌رسانی تلفنی از طریق تماس با شماره همراه ارائه شده یا ارسال پیام به بخش اعلانات مهم حساب کاربری اختصاصی شما خواهد بود؛ ضروری است در صورت هرگونه تغییر در شماره تماس‌های اعلامی، مراتب در اسرع وقت به این شورا اطلاع‌رسانی شود.

مفاد کاربرگ را مطالعه و صحت کلیه مندرجات آن را تایید می‌نمایم.

امضای دانشجو:

تاریخ:

