معاونت محترم دانشکده پزشکی شاهد

با سلام

احتراماً،اینجانب بشماره دانشجویی درخواست ثبت نام در آزمون صلاحیت بالینی مورخ را دارم. خواهشمند است در این خصوص همکاری لازم را مبذول فرمایید. لازم به ذکر است،با توجه به اعلام دانشگاه علوم پزشکی ایران، غیبت در جلسه آزمون موجب محرومیت دانشجو از یک جلسه امتحانی خواهد شد.

نام:

نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

کد ملی:

شماره شناسنامه:

تاریخ فارغ التحصیلی:

نام پدر:

امضاء دانشجو