****

تاريخ :...........

شماره :..........

پيوست:..........

**دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه – دانشکده پزشکی**

**فرم درخواست فارغ التحصیلی و تسویه حساب دانشکده پزشکی**

**احتراما" اینجانب ............................................... فرزند.......................... به شماره شناسنامه .................................
کد ملی............................................... صادره از...................... متولد ................ دانشجوی رشته ......................................... مقطع کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی...................................... متقاضی ارائه فرم دانش آموختگی می باشم. خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم را مبذول فرمایند.**

**امضاء دانشجو: امضاء کارشناس آموزش:**

|  |
| --- |
| **1) تاریخ شروع به تحصیل: ...../...../......... 2) تاریخ فراغت از تحصیل (دفاع پایان نامه): ......./......./...........** |
| **نام واحد** | **مهر و امضاء** | **نام واحد** | **مهر و امضاء** |
| **امور کلاس ها** |  | **آزمایشگاه پاتولوژی** |  |
| **آزمایشگاه انگل شناسی و قارچ شناسی** |  | **کارشناس سایت تحصیلات تکمیلی** |  |
| **آزمایشگاه فیزیک پزشکی** |  | **کتابخانه دانشکده پزشکی** |  |
| **آزمایشگاه میکروب شناسی** |  | **کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی** |  |
| **آزمایشگاه ایمونولوژی** |  | **کتابخانه دانشکده بهداشت و پیراپزشکی** |  |
| **آزمایشگاه بیوشیمی بالینی** |  | **کتابخانه دانشکده داروسازی** |  |
| **آزمایشگاه سلولی و مولکولی** |  | **کتابخانه دانشکده دندانپزشکی** |  |
| **آزمایشگاه فارماکولوژی** |  | **کارشناس پژوهش** |  |
| **آزمایشگاه آناتومی** |  | **امور مالی دانشکده پزشکی** |  |
| **آزمایشگاه فیزیولوژی** |  | **حراست دانشکده پزشکی** |  |

 رئیس آموزش دانشکده پزشکی

****

تاريخ :...........

شماره :..........

پيوست:..........

**دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ارومیه – دانشکده پزشکی**

**فرم درخواست فارغ التحصیلی و تسویه حساب دانشکده پزشکی**

**احتراما" اینجانب ............................................. فرزند.......................... به شماره شناسنامه ................................. کد ملی............................................... صادره از...................... متولد ................ دانشجوی رشته ......................................... مقطع کارشناسی ارشد شعبه بین الملل (پردیس خودگردان) به شماره دانشجویی...................................... متقاضی ارائه فرم دانش آموختگی می باشم. خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم را مبذول فرمایند.**

**امضاء دانشجو: امضاء کارشناس آموزش:**

|  |
| --- |
| **1) تاریخ شروع به تحصیل: ...../...../......... 2) تاریخ فراغت از تحصیل (دفاع پایان نامه): ......./......./...........** |
| **نام واحد** | **مهر و امضاء** | **نام واحد** | **مهر و امضاء** |
| **امور کلاس ها** |  | **آزمایشگاه پاتولوژی** |  |
| **آزمایشگاه انگل شناسی و قارچ شناسی** |  | **کارشناس سایت تحصیلات تکمیلی** |  |
| **آزمایشگاه فیزیک پزشکی** |  | **کتابخانه دانشکده پزشکی** |  |
| **آزمایشگاه میکروب شناسی** |  | **کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی** |  |
| **آزمایشگاه ایمونولوژی** |  | **کتابخانه دانشکده بهداشت و پیراپزشکی** |  |
| **آزمایشگاه بیوشیمی بالینی** |  | **کتابخانه دانشکده داروسازی** |  |
| **آزمایشگاه سلولی و مولکولی** |  | **کتابخانه دانشکده دندانپزشکی** |  |
| **آزمایشگاه فارماکولوژی** |  | **کارشناس پژوهش** |  |
| **آزمایشگاه آناتومی** |  | **امور مالی شعبه بین الملل** |  |
| **آزمایشگاه فیزیولوژی** |  | **حراست دانشکده پزشکی** |  |

 رئیس آموزش دانشکده پزشکی