



فرم گواهی اشتغال به تحصیل

سرپرست محترم دانشکده بهداشت

با سلام

احتراماً، اینجانب فرزند تاریخ تولد محل صدور به شماره شناسنامه دانشجوی ورودی مهر/بهمن سال تحصیلی (-) دارای کارت دانشجویی به شماره مقطع رشته متقاضی یک برگ گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه به می باشم .
در صورت تأیید خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمائید نسبت به صدور گواهی اشتغال به تحصیل اینجانب اقدام مقتضی معمول گردد .

امضاء دانشجو :

تاریخ :

ریاست محترم

با سلام ، بدین وسیله گواهی می شود خانم /آقای دانشجوی ورودی نیمسال اول/دوم سال تحصیلی (-) مقطع رشته به شماره دانشجویی و کد ملی در نیمسال اول/دوم/ سوم سال تحصیلی (-) دانشجوی این دانشکده می باشد .
این گواهی بر اساس درخواست مورخ نامبرده جهت ارائه به صادر گردیده و فاقد هر گونه ارزش قانونی دیگری از جمله ترجمه می باشد .

سرپرست معاونت آموزشی دانشکده بهداشت