



فرم تسویه حساب فارغ التحصیلان دوره های تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ

امور تحصیلات تکمیلی دانشگاه

احتراما به استحضار میرساند آقای / خانم..... دستیار رشته..... مقطع..... جهت:
 ۱- فارغ التحصیلی ☐ ۲- انصراف ☐ ۳- اخراجی ☐ ۴- میهمان ☐ ۵- انتقال ☐ ۶- تغییر رشته ☐ با واحدهای مشروحه ذیل تسویه حساب
 نموده است. شروع دوره: پایان دوره:
 آدرس دستیار: شماره تلفن:

۱- نامبرده در تاریخ / / با این مرکز تسویه حساب نموده و هیچ گونه بدهی به کلیه بخشها و آزمایشگاه و کتابخانه ندارد.		
رئیس بخش معاون آموزشی مرکز پزشکی آموزشی و درمانی		
۲- بدینوسیله گواهی میگردد خانم دکتر: آقای دکتر: دستیار رشته تخصصی ☐ فوق تخصصی ☐ فلوشیپ ☐ رشته: کلیه برنامه های چرخشی و آموزشی مربوط به دوره ☐ ساله رشته..... را انجام داده و از سوی مدیریت گروه به امتحانات گواهینامه تخصصی ☐ دانشنامه تخصصی ☐ دانشنامه فوق تخصصی ☐ معرفی شده است. (تاریخ پایان دوره ایشان می باشد). تاریخ پایان دوره آموزشی: مدیر گروه آموزشی		
۳- تسویه حساب با استاد راهنما (ارائه پایان نامه الزامی است) محل مهر و امضا		
۴- گواهی می شود نامبرده با معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی تسویه حساب نموده است. (ارائه فرم درخواست موضوع پایان نامه (دفاع شده) الزامی است). معاون پژوهشی دانشکده پزشکی		
تایید مقاله امضا	تایید پژوهان امضا	تایید کتابخانه دانشکده پزشکی امضا
۵- نامبرده با امور دانشجویی دانشکده پزشکی تسویه حساب نموده است. معاون دانشجویی و فرهنگی دانشکده پزشکی		
۶- نامبرده در تاریخ / / با امور مالی دانشکده تسویه حساب نموده و هیچ گونه مطالبه و بدهی ندارد. امور مالی دانشکده پزشکی		
۷- اینجانب متعهد می گردم که هیچ گونه بدهی به مراکز تابعه دانشگاه، اعم از آزمایشگاه، کتابخانه، پايون، امور دانشجویی و ندارم. و در صورت عدم مغایرت مسئولیت به عهده اینجانب می باشد. کارت دستبازی تحویل شد. ☐ دکتر: تاریخ: امضا:		
۸- مراتب فوق مورد تأیید می باشد. معاون آموزشی دستبازی و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی رئیس دانشکده پزشکی		