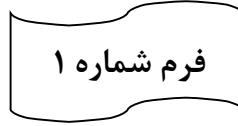


بسمه تعالی

شماره

تاریخ



فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه

بدین وسیله اعلام می دارد آقای/ خانم شماره شناسنامه/ کد ملی متولد سال:
فرزند متقاضی شرکت در آزمون دوره دکترای تخصصی و پژوهشی رشته حداکثر تا تاریخ
۱۴۰۱/۰۶/۳۱ در دوره کارشناسی ارشد/ دکترای حرفه ای رشته گرایش فارغ التحصیل خواهد
شد.

تعداد واحدهای گذارنده نامبرده تا کنون و معدل کل واحدهای گذرانده می باشد.

این گواهی صرفاً " جهت اطلاع آن مرکز صادر گردیده و فاقد هر گونه اعتبار دیگر و ارزش ترجمه می باشد.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه