



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

معاونت آموزشی

رئیس محترم دانشکده

با سلام

اینجانب فرزند..... به شماره ملی صادره از.....

متولد سال در مقطع..... رشته تحصیلی..... به شماره دانشجویی.....

با گذراندن واحد درسی متقاضی در نیمسال

جهت ارائه به را دارم.

تاریخ و امضاء دانشجو

تاییدیه مدیر گروه مربوطه

تاییدیه ریاست دانشکده