



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پزشکی

بسمه تعالی

گواهی تسویه حساب دستیاران بالینی

دانشگاه علوم پزشکی اهواز

بدینوسیله گواهی می شود: آقا / خانم

شماره شناسنامه: صادره: متولد: فرزند: رشته تخصصی: شماره دستکاری:

که در تاریخ / / ۱۳ دوره دستکاری را شروع و در تاریخ / / ۱۳ به پایان دوره *

انتقالی * به دانشگاه اخراج از تحصیل * انصراف از تحصیل * و میهمان از دانشگاه با دانشکده تسویه حساب نموده است.

امضاء و مهر مدیر گروه امضاء و مهر کارشناس آموزش دستکاری امضا و مهر ریاست دانشکده
یا معاون آموزشی تخصصی و فوق تخصصی دانشکده پزشکی

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده فوق با واحد امانات کتاب تسویه حساب نموده و بدهی ندارد.

امضاء و مهر کتابخانه دانشکده پزشکی امضا و مهر بخش امانت کتابخانه مرکزی امضاء و مهر بخش پایان نامه های کتابخانه مرکزی

امضاء و مهر کتابخانه بیمارستان گلستان امضاء و مهر کتابخانه بیمارستان امام خمینی «ره»

امضاء و مهر کتابخانه بیمارستان ابوذر امضاء و مهر کتابخانه بیمارستان شهید بقایی ۲

امضاء و مهر کتابخانه بیمارستان رازی

بدینوسیله گواهی می شود نامبرده فوق کلیه اموالی را که دریافت داشته تحویل نموده است.

اموال دانشکده پزشکی

اداره رفاه دانشجویی

اموال بیمارستان امام خمینی «ره»

اموال بیمارستان گلستان

اموال بیمارستان رازی

اموال بیمارستان شهید بقایی ۲

اموال بیمارستان ابوذر

بدینوسیله گواهی می شود تسویه حساب نامبرده از نظر مالی بلامانع است.

حسابداری بیمارستان امام خمینی «ره»

حسابداری امور دانشجویی

حسابداری بیمارستان گلستان

حسابداری دانشکده پزشکی

حسابداری بیمارستان شهید بقایی ۲

حسابداری بیمارستان رازی

حسابداری بیمارستان ابوذر

کمیته انضباطی :

معاونت پژوهشی دانشگاه :

معاونت پژوهشی دانشکده :

نامبرده از طریق آزمون پذیرش دستیاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مهر ماه سال

پذیرفته شده :

و از سهمیه:

استفاده نموده و دوره:

ساله دستیاری خود را در

تاریخ:

به پایان رسانیده و متعهد خدمت به:

ضمناً نقص پرونده نداشته و تسویه حساب از نظر اداره کل بلامانع می باشد.

مدیر امور تحصیلات تکمیلی دانشگاه

گیرنده رونوشت :

- اداره کل خدمات آموزشی

- امور دانشجویی دانشگاه

- دانشکده پزشکی (امور دستیاری)

- دانشجویی ذینفع