



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

با سلام و احترام

بدینوسیله گواهی می شود خانم / آقای فرزند دانشجوی رشته مقطع با شماره ملی و شماره دانشجویی در نیمسال سال تحصیلی -۱۳۹۰ در این دانشگاه مشغول به تحصیل میباشند .

تذکر:

- ۱ - این گواهی بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به صادر شده است.
- ۲ - این گواهی بدون مهر و امضاء فاقد هرگونه ارزش می باشد و اعتبار آن حداکثر یک ترم می باشد.
- ۳ - این گواهی فاقد درجه و امتیاز است و ارزش استخدامی ندارد
- ۴ - ترجمه این گواهی فاقد هر گونه ارزش قانونی می باشد.

دکتر سهیلا شهشهانی پور
مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی