



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدا  
دانشکده پیراپزشکی

بسمه تعالی

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

مدیر محترم اداره آموزش دانشکده پیراپزشکی

با سلام و احترام

توسط دانشجوی تکمیل گردد

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از .....  
متولد سال ..... به شماره دانشجویی ..... رشته ..... متقاضی دریافت گواهی اشتغال به  
تحصیل جهت ارائه به ..... می باشم، خواهشمند است در این خصوص  
اقدام فرمایید.

امضای دانشجو

تاریخ درخواست:

مخاطب:

موضوع: گواهی اشتغال به تحصیل

با سلام و احترام

توسط کارشناسان آموزش تکمیل گردد

بدینوسیله گواهی می شود..... فرزند..... به شماره شناسنامه.....  
صادر از ..... متولد سال ..... دانشجوی سال ..... دوره کارشناسی  
..... به شماره دانشجویی ..... در نیمسال ..... سالتحصیلی  
..... ثبت نام کرده و مشغول به تحصیل می باشد.

این گواهی به تقاضای نامبرده جهت ارائه به آن ..... محترم صادر گردیده و ارزش دیگری ندارد .

توضیح :

۱- ترجمه این نامه فاقد ارزش می باشد.

۲- نامبرده در دوران تحصیل از آموزش رایگان و صندوقهای رفاه دانشجویان استفاده نموده است.

مدیر کل امور آموزشی دانشگاه

معاونت آموزشی و پژوهشی  
دانشکده پیراپزشکی