



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشکده علوم پزشکی ساوه

شماره:

تاریخ:

بسمه تعالی

فرم درخواست گواهی اشتغال به تحصیل

سرپرست محترم دانشکده پرستاری ساوه

با سلام

احتراما به استحضار می رساند اینجانب فرزند
به شماره شناسنامه و شماره دانشجویی
دانشجوی رشته مقطع کارشناسی / کاردانی که در ترم اول / دوم سال 13
ثبت نام نموده ام ، نیاز مند ارائه یک برگ گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه به اداره
/ سازمان جهت می باشم، لذا
خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدام لازم را معمول فرمایند.

امضاء دانشجو

تاریخ

شماره همراه دانشجو: