

بسمه تعالی
فرم تسویه حساب دانشجویان



به این وسیله آقای/خانم _____ به شماره دانشجویی _____ فرزند _____ متولد _____
صادر از _____ به شماره شناسنامه _____ که از تاریخ _____ / _____ / _____ به عنوان _____
در دانشکده پزشکی مشغول به تحصیل بوده و از تاریخ _____ / _____ / _____ دانش آموخته دوره _____ رشته _____
خواهند بود. مستدعی است با نامبرده تسویه حساب فرمایید.

واحد آموزش دانشکده پزشکی

ردیف	طبقه	نام واحد	توضیحات	امضاء
۱	زیر زمین	انبار		
۲	زیر زمین	جمع دار اموال		
۳	همکف	کتابخانه		
۴	همکف	دفتر پژوهشی		
۵	اول	واحد کامپیوتر		
۶	اول	سایت کامپیوتر دانشجویی		
۷	اول	آزمایشگاه ایمنولوژی		
۸	اول	آزمایشگاه میکروب شناسی		
۹	اول	آزمایشگاه انگل و قارچ شناسی		
۱۰	دوم	آزمایشگاه فیزیولوژی		
۱۱	دوم	گروه پاتولوژی و علوم تشریحی		
۱۲	دوم	آزمایشگاه بیوشیمی		
۱۳	سوم	امور فرهنگی و روابط عمومی		
۱۴	سوم	ستاد شاهد و ایثارگر		
۱۵	سوم	گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی		
۱۶	همکف	حسابداری		
۱۷	سوم	امور اداری		
۱۸	***	آزمایشگاه مرکزی دانشگاه		
۱۹	***	آموزش بیمارستان		
۲۰	***	کتابخانه بیمارستان		