

به: ریاست دانشکده پیراپزشکی اراک

موضوع: درخواست جهت دریافت واکسن نوبت..... در شهر..... (محل سکونت دانشجو) زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی.....

با سلام و احترام

اینجانب..... دانشجوی رشته..... ورودی..... دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره دانشجویی..... و کد ملی..... متقاضی دریافت واکسن کرونا نوبت..... (در صورت نوبت دوم نوع واکسن ذکر شود) در شهر..... (محل سکونت دانشجو) می باشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام مقتضی صورت پذیرد. از حسن همکاری شما کمال تشکر و قدردانی می گردد.

امضا/تاریخ