

بسمه تعالی  
فرم درخواست گواهی سال آخر



مسئول محترم آموزش دانشکده پیراپزشکی  
با سلام

اینجانب به شماره شناسنامه متولد سال فرزند : دانشجوی رشته ورودی  
متقاضی شرکت در آزمون دوره سال تحصیلی در رشته دانشگاه علوم پزشکی می باشم.

خواهشمند است نسبت به صدور گواهی فراغت از تحصیل اینجانب اقدام فرمائید .

امضاء دانشجو

شماره :

تاریخ :



اداره آموزش دانشگاه علوم پزشکی اراک  
احتراماً بدینوسیله اعلام می دارد آقای  
پایان برساند تا تاریخ در مقطع رشته

در صورتیکه کلیه واحدهای ترم آخر را با موفقیت به  
فارغ التحصیل خواهند شد .

رئیس دانشکده پیراپزشکی