



شماره:
تاریخ:
پیوست: برگ: صفحه:

جناب آقای / سرکار خانم دکتر
معاون محترم آموزشی دانشکده پیراپزشکی

با سلام و احترام؛

اینجانب به شماره دانشجویی دوره کارشناسی
پیوسته/ ناپیوسته رشته متقاضی استفاده از قانون هم نیازی در
دروس و می باشم.
امضا دانشجو

اظهاری نظر کارشناس آموزش گروه:

اظهاری نظر استاد مشاور:

اظهاری نظر مدیر گروه: