



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

بدینوسیله گواهی می شود خانم/آقای

فرزند

به شماره شناسنامه

متولد

صادره از

دانشجوی ورودی نیمسال

سال تحصیلی

مقطع

رشته

به شماره دانشجویی

در نیمسال

سال تحصیلی

در این دانشگاه ثبت نام نموده و به تحصیل اشتغال دارند. این گواهی با توجه به درخواست نامبرده جهت

صادر گردیده و فاقد هر گونه ارزش دیگری از جمله ترجمه می باشد.

ارائه به آن

دکتر

معاون آموزشی دانشکده بهداشت