





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان  
دانشکده بهداشت و ایمنی

تاریخ: .....

شماره: .....

پوست: .....

### فرم درخواست برگزاری امتحان درس یک واحدی

نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	امضاء دانشجو

تاریخ تحویل به اداره آموزش  
امضاء مسئول اداره آموزش