



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان
دانشکده بهداشت دامغان

تاریخ:
شماره:
پیوست:

گواهی اشتغال به تحصیل

معاون محترم آموزشی و دانشجویی دانشکده بهداشت

باسلام و احترام؛

اینجانب.....فرزند.....متولد.....صادره
از.....به شماره شناسنامه / کد ملی دانشجوی
ورودی مهر / بهمن سال تحصیلی (-) با شماره دانشجویی
رشته.....مقطع.....متقاضی یک برگ گواهی
اشتغال به تحصیل جهت ارائه بهمی باشم.
خواهشمند است، در صورت تأیید ترتیبی اتخاذ فرمائید تا نسبت به صدور گواهی اشتغال به
تحصیل اینجانب اقدام مقتضی معمول گردد.

امضاء دانشجو

تاریخ