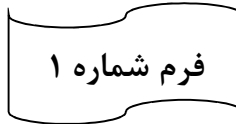


بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....



فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه .....

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای ..... شماره شناسنامه ..... کدملی ..... متولد سال: .....

فرزند ..... متقاضی شرکت در آزمون دوره دکتری تخصصی و پژوهشی رشته..... حداکثر تا تاریخ

۱۴۰۲/۱۰/۳۰ در دوره کارشناسی ارشد رشته ..... گرایش ..... فارغ التحصیل خواهد شد.  
دکتری حرفه ای

تعداد واحدهای گذارنده نامبرده تا کنون ..... و معدل کل واحدهای گذرانده ..... می‌باشد.

این گواهی صرفاً جهت اطلاع آن مرکز صادر گردیده و فاقد هر گونه اعتبار دیگر و ارزش ترجمه می‌باشد.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه