

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....

فرم شماره ۱

فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای شماره شناسنامه متولد سال:
خانم کد ملی

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

۱۴۰۵/۱۰/۳۰ 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 می باشد.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه