اداره محترم امور آموزش دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

سلام علیکم

احتراما اینجانب . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

دانشجوی رشته . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

مقطع . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

شماره دانشجویی . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

تقاضای صدور گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه به

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

را دارم. خواهشمند است اقدامات لازم را در این خصوص

 مبذول بفرمایید. تاریخ: امضاء