

بسمه تعالی

(فرم تسویه حساب دانشجویان دانشکده علوم پزشکی هرمزگان)

واحدهای امور مالی و دفتر پژوهشی و امور آموزشی دانشکده پزشکی بشرح زیر گواهی می نمایند که دانشجوی نامبرده ذیل بعلت فارغ التحصیلی، انتقالی، مهمانی، انصراف، محرومیت از تحصیل تسویه حساب نموده است.

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی:

دوره: روزانه پردیس خودگردان ظرفیت مازاد شهریه پرداز

دفتر پژوهشی دانشکده پزشکی	امور آموزشی / تحویل گواهی صلاحیت بالینی (دانشکده پزشکی)	حسابداری (امور مالی دانشکده پزشکی)
ریاست دانشکده پزشکی		
آدرس و تلفن محل سکونت دانشجو:		

دفتر آموزش بالینی دانشکده پزشکی