

سبعه کی



دانشکده پیراپزشکی

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم شماره ۳۱۵ : تقاضای انصراف

مسئول محترم اداره آموزش

دانشکده.....

سلام علیکم :

امتراماً؛ اینجانب ----- فرزند -----

دارای شماره شناسنامه ----- صادره از-----

دانشجوی رشته ----- مقطع ----- در

تاریخ ----- انصراف خود را اعلام می دارم . خواهش مند

است مساعدت نمائید..

امضاء دانشجو

سبزووار: دانشگاه علوم پزشکی (جنب پلیس راه)

کدپستی: ۹۶۱۳۸۷۳۱۳۶ صندوق پستی: ۳۱۹

تلفن: ۲۲۶۴۵۷۹ نمایر: ۰۸-۲۲۶۴۴۰۸

آدرس اینترنتی: www.medsab.ac.ir

پست الکترونیکی: Paramedical-school@medsab.ac.ir