فرم تسویه حساب دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان

اینجانب دانشجوی رشته پرستاری مقطع کارشناسی ورودی به شماره دانشجویی کد ملی به علت فراغت از تحصیل درخواست تسویه حساب می نمایم .

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دانشکده پزشکی | گروه بافت شناسی و آسیب شناسی(مخصوص رشته های اتاق عمل و مامایی پیوسته)تاریخ –امضاء | نماینده ستاد شاهدمخصوص دانشجویان سهمیه شاهدو ایثارگرتاریخ –امضاء |
| کتابخانه | مرکزآموزشی درمانی بهشتی (مخصوص دانشجویان پرستاری و هوشبری)تاریخ و امضاء  | مرکز آموزشی ولیعصر (عج) تاریخ و امضاء | مرکز آموزشی درمانی آیت ا..موسویتاریخ –امضاء | کتابخانه مرکزیتاریخ و امضاء |
| مراکز آموزشی درمانی  | مسئول آموزش بیمارستان آیت اله موسوی تاریخ -امضاء | مسئول آموزش بیمارستان ولیعصر تاریخ -امضاء | مسئول آموزش بیمارستان شهید بهشتی تاریخ -امضاء | دفتر نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری تاریخ و امضاء |
| دانشکده پرستاری و مامایی  | کمیته تحقیقات دانشجوییتاریخ –امضاء | بسیج دانشجوییتاریخ و امضاء | امور دانشجوییتاریخ –امضاء | مسئول آزمایشگاه تاریخ و امضاء |
| مسئول سمعی و بصری تاریخ –امضاء  | مسئول مولاژتاریخ –امضاء  | مسئول اتاق پراتیکتاریخ –امضاء |  کارشناس EDOتاریخ امضاء |
| کارشناس آموزش:تاریخ –امضاء | امور مالی دانشکده :تاریخ –امضاء |
| مدیرآموز شتاریخ و امضاء | نام و امضاء مدیر گروه :  تاریخ و امضاء  | رئیس دانشکده : تاریخ و امضاء:  |

آدرس محل سکونت دائمی و شماره تلفن دانشجو(با ذکر کد شهرستان):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| امور دانشجویی | اداره تغذیهتاریخ و امضاء | امور خوابگاههاتاریخ و امضاء | امور وام هاتاریخ و امضاء | دریافت کارت دانشجوییتاریخ وامضاء | مدیر امور دانشجوییتاریخ و امضاء |
| کمیته انضباطی دانشجویان تاریخ و امضاء | اداره فوق برنامه و تربیت بدنی تاریخ و امضاء |  |  |  |

 دانشجوی گرامی :لطفاً امورات مربوط به فراغت از تحصیل خود را تا 20روز بعد ازوصول آخرین نمره پیگیری فرمایید.