



بسمه تعالی
سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد

ریاست محترم صندوقهای رفاه دانشجویان – گروه پزشکی

تهران: خ ولی عصر، بالاتراز خیابان طالقانی، نبش کوچه گیلان، پلاک ۵۷۹، ص -

پ: ۱۵۸۱۵/۱۳۱۳

سلام علیکم

احتراماً نظر به اینکه دانش آموخته یاد شده ذیل در مقطع کارشناسی ارشد رشته..... این دانشگاه پذیرفته شده ، خواهشمند است دستور فرمائید

در مورد وضعیت بدهی دانشجویی فرد معرفی شده اعلام نظر نمایند . فرم صندوقهای رفاه

اطلاعات مربوط به مقطع تحصیلی قبلی

محل تحصیل قبلی: دانشگاه علوم پزشکی

- نام:

رشته قبلی :

- نام خانوادگی:

- کد مرکزی:

- شماره شناسنامه:

- شماره دانشجویی سابق:

- نام پدر:

- شماره پرونده نزد صندوق (مندرج در اوراق بازپرداخت وام)

مهندس محمدرضا امینی پور

مدیر امور آموزشی دانشگاه