

بسمه تعالی



شماره :
تاریخ :
پیوست :

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی
دانشکده پیراپزشکی ارومیه

مدیریت محترم امور آموزشی

با سلام؛

بدینوسیله تائید می نماید که خانم / آقای
..... دانشجوی رشته
..... به شماره دانشجویی
دروس زیر را حذف و یا اضافه نموده است . خواهشمند است در برگ انتخاب واحد
اداره کل منظور فرمائید .

حذف :	اضافه :
۱-	۱-

.....	
۲-	۲-

.....	
.....	

اداره آموزش دانشکده پیراپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

آدرس : ارومیه- کیلومتر ۱۱ جاده سرو - پردیس نازلو - دانشکده پیراپزشکی
کد پستی : ۵۷۵۶۱۱۵۱۹۸ - صندوق پستی ۱۶۳
تلفن و نمابر : ۳۲۷۵۲۳۰۰