فرم شماره ۲

بسمه تعالی

فرم معرفی نامه

دانشجویان شاهد و ایثارگر(روزانه غیر شهریه پرداز) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور که مشمول ثبت نام بدون پرداخت هزینه شهریه تحصیلی ترم تابستانی در سال ۱۴۰۲ هستند.

با سلام

احتراماً،با توجه به برگزاری دوره ترم تابستانی به روش مجازی توسط دانشگاه علوم پزشکی هوشمند،بدین‌وسیله جناب آقای / سرکار خانم ..... فرزند..... به شماره دانشجویی ..... ورودی .....از دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی.....که مشمول *بند الف* مربوط به ضوابط اجرایی برگزاری دوره ترم تابستانی مجازی (فراخوان مندرج در وب سایت دانشگاه) می باشد، جهت ثبت نام بدون دریافت شهریه تحصیلیمعرفی می‌گردد.

میزان سهمیه حتما قید شود:.....

امضاء

دانشگاه علوم پزشکی هوشمند
Sanandaj University of Medical Sciences

دبیر ستاد شاهد و ایثارگر

دانشگاه علوم پزشکی.....

رونوشت: اداره کل شاهد و ایثارگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی