بسمه تعالی

**فرم شماره 2**

محل الصاق عکس

**فرم معرفی نامه**

**دانشجویان شاهد و ایثارگر(روزانه ی غیر شهریه پرداز) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشورکه مشمول ثبت نام بدون پرداخت هزینه شهریه تحصیلی ترم تابستانی در سال 1403 هستند.**

**با سلام**

احتراماً،با توجه به برگزاری دوره ترم تابستانیتوسط 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 (فراخوان مندرج در وب سایت دانشگاه ) می باشد، جهت ثبت نام بدون دریافت شهریه تحصیلیمعرفی می‌گردد.

میزان سهمیه حتما قید شود:.........................

امضاء

دبیر ستاد شاهد و ایثارگر

دانشگاه علوم پزشکی....................

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