

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....



فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون دکتری حرفه‌ای فیزیوتراپی سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه .....

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای ..... شماره شناسنامه ..... متولد سال: .....  
خانم ..... کدملی .....

فرزند ..... متقاضی شرکت در آزمون دوره دکتری حرفه‌ای فیزیوتراپی حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۳/۶/۳۱ در دوره

کارشناسی ارشد ..... رشته ..... گرایش ..... فارغ التحصیل خواهد شد.  
کارشناسی

تعداد واحدهای گذارنده نامبرده تا کنون ..... و معدل کل واحدهای گذرانده ..... می‌باشد.

این گواهی صرفاً جهت اطلاع آن مرکز صادر گردیده و فاقد هر گونه اعتبار دیگر و ارزش ترجمه می‌باشد.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه