



برگ تسویه حساب دانشجویی  
مقطع کارشناسی ارشد و دکترای Ph.D (دانشکده پزشکی)

نام و نام خانوادگی	رشته	شماره دانشجویی	کد مرکزی

وضعیت تحصیلی

فراغت از تحصیل	انتقال	جابجایی	میهمان	انصراف
----------------	--------	---------	--------	--------

مدت اشتغال به تحصیل در این دانشگاه از تاریخ ..... لغایت .....

اداره امور خوابگاهها	اداره تغذیه	اداره رفاه دانشجویی	ستاد شاهد و ایثارگران
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس
کتابخانه مرکزی و مرکز اسناد	کمیته انضباطی دانشگاه	مدیریت امور فرهنگی دانشگاه	مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر مدیر
مدیریت حراست دانشگاه	معاونت تحقیقات و فناوری		
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس		

معاونت امور دانشجویی دانشگاه

- ۱- مبلغ کل بدهی خانم/آقای ..... را نسبت به صندوقهای رفاه دانشجویان به عدد ..... و به حروف (.....) اعلام فرمایید.
- ۲- دارای تعهد خدمت نزد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میباشد/ نمیباشد ماهیانه مبلغ ..... ریال دریافت نموده است.
- ۳- میزان و مبلغ استفاده از سایر امکانات ..... می باشد.

معاون امور دانشجویی فرهنگی دانشگاه  
امضاء و مهر رئیس

مرکز کامپیوتر دانشکده پزشکی	کتابخانه دانشکده پزشکی
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس
گروه علوم تشریحی	گروه آسیب شناسی
امضاء و مهر مدیر	امضاء و مهر مدیر
گروه ایمنی شناسی	گروه انگل شناسی و قارچ شناسی
امضاء و مهر مدیر	امضاء و مهر مدیر
گروه پزشکی اجتماعی	گروه بیوشیمی بالینی
امضاء و مهر مدیر	امضاء و مهر مدیر
گروه فیزیک پزشکی و مهندسی پزشکی	گروه روان شناسی بالینی
امضاء و مهر مدیر	امضاء و مهر مدیر
گروه میکروب شناسی	گروه فیزیولوژی فارماکولوژی
امضاء و مهر مدیر	امضاء و مهر مدیر
خدمات اداری دانشکده پزشکی	گروه معارف اسلامی
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر مدیر
حسابداری دانشکده پزشکی	سمعی و بصری دانشکده پزشکی
امضاء و مهر رئیس	امضاء و مهر رئیس

امضاء و مهر	۱- مدیر گروه آموزشی
امضاء و مهر	۲- رئیس اداره آموزش دانشکده پزشکی
امضاء و مهر	۳- معاون آموزشی علوم پایه دانشکده پزشکی
امضاء و مهر	۴- مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده
امضاء و مهر	۵- مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه