



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مازندران

دانشکده دندانپزشکی ساری

معاون محترم آموزشی دانشکده دندانپزشکی ساری

سلام "علیکم

احتراماً، اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره  
از ..... دانشجوی ورودی مهر / بهمن سال تحصیلی ..... رشته دندانپزشکی با شماره  
دانشجویی ..... ، متقاضی صدور یکبرگ گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه  
به ..... می باشم . در صورت تأیید خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به  
صدور گواهی اشتغال به تحصیل اینجانب اقدام مقتضی معمول گردد .

امضاء دانشجو

تاریخ

به : .....

شماره : .....

تاریخ : .....

باسلام

احتراماً "بدینوسیله گواهی می شود آقای / خانم ..... در نیمسال اول / دوم سال  
تحصیلی ..... .. دانشجوی مقطع دکترای رشته دندانپزشکی این دانشگاه میباشد . این گواهی براساس درخواست  
مورخ ..... نامبرده جهت ارائه به ..... صادر گردیده  
و فاقد هرگونه ارزش قانونی دیگر از جمله ترجمه میباشد .

دکتر فرهاد ثبوتی

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی