

بسمه تعالی

شماره.....

....

تاریخ.....

.....

فرم شماره ۱

فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون کارشناسی به پزشکی ۱۴۰۵

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای شماره شناسنامه متولد سال :
کدملی خانم

..... فرزند متقاضی شرکت در آزمون کارشناسی به پزشکی، در رشته
..... حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۵/۱۱/۱۵ در دوره کارشناسی رشته گرایش
..... فارغ التحصیل خواهد شد.

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