

فرم شماره ۲

فرم مقاطع تحصیلی - متقاضی سهمیه بومی مناطق محروم موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی

آزمون کارشناسی به پزشکی - سال ۱۴۰۵

اداره آموزش و پرورش شهرستان / شهر:

متولد سال:

اینجانب آقای/خانم

خواهشمندم نسبت به تأیید موارد زیر اقدام فرمایید.

استان / شهرستان

امضاء، تاریخ و اثر انگشت

گواهی طی دوره کامل ابتدایی شهرستان..... استان..... از سال..... لغایت سال.....	محل مهر و امضاء رئیس اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه
انجام طی دوره کامل راهنمایی شهرستان..... استان..... از سال..... لغایت سال.....	محل مهر و امضاء رئیس اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه
گواهی انجام طی دوره کامل متوسطه شهرستان..... استان..... از سال..... لغایت سال.....	محل مهر و امضاء رئیس اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه