



\*\*\*\*

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران  
معاونت آموزشی

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی و دستیاری دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً، اینجانب

به شماره

فرزند

پذیرفته شده دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته

دانشجوی

در نیم سال اول سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ که با توجه به معرفی مرکز

رشته

سنجش آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از اینجانب ثبت نام بعمل آمده است، تأیید

می نمایم که تمامی مفاد آیین نامه آموزشی دوره مذکور را در سایت معاونت آموزشی دانشگاه به دقت مطالعه

نموده و ملزم به رعایت آن در طول مدت تحصیل می باشم .

تاریخ و امضاء

نام نام خانوادگی