

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی لرستان
معاونت آموزشی
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

فرم درخواست دانشجویان

نام و نام خانوادگی :	رشته تحصیلی :	تلفن تماس :
شماره دانشجویی :	مقطع :	

لطفاً درخواست خود را در این قسمت مرقوم داشته و در صورت داشتن مدرک به این فرم الصاق فرمائید

امضاء :	تاریخ :
اظهار نظر معاون آموزش پایه / بالینی دانشکده	
امضاء :	تاریخ :
توضیحات کارشناس مربوطه در صورت نیاز :	
امضاء :	تاریخ :
اقدام نهایی :	
امضاء :	تاریخ :