



فرم تسویه حساب با مراکز آموزشی-درمانی

۱- مشخصات دانشجویی

نام و نام خانوادگی	مقطع	سال ورود	رشته تحصیلی	شماره دانشجویی

آدرس محل سکونت :

شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه :

علت تسویه حساب

فارغ التحصیل ☐ انصراف ☐ انتقالی ☐ اخراج ☐ اتمام میهمانی ☐

تاریخ تکمیل امضاء

ردیف	نام قسمت	امضاء و مهر مسئول قسمت	ردیف	نام قسمت	امضاء و مهر مسئول قسمت
۱	مدیر گروه آموزشی		۶	کتابخانه	
۲	فارغ التحصیلان تحويل مهر، ایتکت و کارت دانشجویی		۷	بخش	
۳	واحد پابون		۸	امور مالی	
۴	معاون آموزشی مرکز آموزشی- درمانی		۹	رادیولوژی	
۵	ریاست مرکز آموزشی-درمانی				

آدرس: کرج-بلوار نبوت-خیابان بوعلی غربی-پردیس دانشگاه علوم پزشکی البرز-دانشکده پزشکی

نمابر: ۳۴۲۸۷۳۱۱

تلفن: ۳۴۲۸۷۴۲۵

www.abzums.ac.ir - info@abzums.ac.ir