



هوالمافی

فرم ثبت نام انتخابات نماینده کشیک غیرموظف (OT) دانشجویان اینترن دانشکده پزشکی - نیمسال دوم ۱۳۹۷-۹۸

نام و نام خانوادگی:

ورودی:

شماره دانشجویی:

معدل نیمسال قبل:

مدت زمان باقی مانده تا پایان دوره تحصیل:

سابقه فعالیت اجرایی:

بدینوسیله این جانب متعهد می گردم از کلیه ضوابط و قوانین مربوط به وظایف و آیین نامه نحوه انتخاب نماینده کشیک غیرموظف دانشجویان اینترن دانشکده پزشکی شیراز آگاهی دارم و آن ها را مطالعه نموده ام و در صورت عدم انجام وظایف یا مشخص شدن عدم صحت اطلاعات وارد شده مسئولیت موارد مذکور را پذیرفته و متناسب با قوانین موجود عمل خواهم نمود.

مهر و امضای متقاضی