



باسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

واحد اموال دانشکده پزشکی

فرم جابجایی اموال

معاونت / اداره

ردیف	شماره برچسب	مشخصات	تعداد
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			÷
۱۰			

لطفا اطلاعات ذیل به طور کامل تکمیل گردد.

مشخصات	تحویل دهنده	تحویل گیرنده
نام و نام خانوادگی		
کد ملی		
شماره تماس داخلی		
واحد / اتاق		
امضاء		

محل مهر و امضاء امین اموال دانشکده