

بسمه تعالی

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی سمنان

اینجانب به شماره شناسنامه و کد ملی که در
سال در رشته مقطع دوره در این دانشگاه
پذیرفته شده و در سال دانش آموخته شده ام ، تقاضای گواهی فراغت از تحصیل ☐ گواهی معدل ☐ گواهینامه
موقت تحصیلی ☐ اصل دانشنامه و ریز نمرات ☐ می نمایم. استدعا دارم دستور فرمایید اقدامات لازم انجام پذیرد.

۱- آدرس دقیق:

۲- پلاک منزل:	۳- کد پستی ۱۰ رقمی:
۴- تلفن ثابت:	۵- تلفن همراه:
۶- تحویل گیرندگان:	
۷- کد ملی تحویل گیرنده:	
۸- آدرس دوم:	