



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

فرم شماره ۹

**نمونه فرم جایگزین گواهی فراغت از تحصیل پذیرفتگانی که تا زمان ثبت نام موفق به اخذ گواهی خودنشانده اند**

**دانشگاه/موسسه آموزش عالی.....**

بدین وسیله به اطلاع می رساند خواهر/برادر  
در رشته  
از مقطع کاردانی (فوق دیپلم) این موسسه آموزش عالی تا تاریخ  
۱۳۹۵/۶/۳۱ فارغ التحصیل شده است □ یا حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۳۰ فارغ التحصیل خواهد شد □ و اشتغال به تحصیل  
نامبرده مورد تایید شورای عالی انقلاب فرهنگی □ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری □ /وزرات بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی □ بوده است (می باشد).

ضمناً" این فرم فقط برای اطلاع آن موسسه آموزش عالی صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش دیگری است.

محل مهر و امضاء مسئول امور آموزشی دانشگاه/موسسه آموزش عالی

(محل فارغ التحصیلی دوره کاردانی)