فرم درخواست کار دستیاران

جهت معرفی به معاونت درمان

"دستیار گرامی: خواهشمنداست فرم را خوانا و بدون خط خوردگی تهیه و تنظیم فرمائید

|  |
| --- |
| به اداره ی آموزش دانشکده ی دندانپزشکی  دستیار آقا/خانم : به شماره دانشجويی :  رشته تخصصی : سال ورودی :  شماره تماس :  ادرس ونام کلینیک در خواستی : |
| در خواست دستیار با توجه به همکاری و اشتغال نامبرده درکلینیک ويژه دانشکده ، درمورخ . . . . . . . . . . مورد تايید می باشد .  امضاء مديرکلینیک ويژه دانشکده دندانپزشکی |
| در خواست نامبرده ، درمورخ . . . . . . . . . . در گروه اموزشی مربوطه مورد تايید قرارگرفت.  امضاء سرپرست گروه تخصصی |
| نمره ازمون ارتقائ سالیانه نامبرده ، درمورخ . . . . . . . . . . مورد تايید می باشد .  امضاء معاون تخصصی و تحصیلات تکمیلی دانشکده |