



RM-EDU&RES-09-R0

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به
مرکز آموزشی درمانی پاستور**

معاونت آموزشی

فرم مرخصی

احتراما اینجانب.....دانشجوی.....

ورودی.....با تعیین جایگزین خانم/آقا.....

از تاریخ.....لغایت.....به مدت.....روز نیازبه مرخصی
دارم.

امضاء جانشین(اینترن):

امضاء دانشجو:

امضاء معاونت آموزشی

امضاء مدیر گروه

امضاء استاد