



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت آموزشی

تاریخ:

**فرم درخواست تشکیل کلاس تقویت بنیه علمی
" دانشجویان شاهد و ایثارگر "**

جناب آقای دکتر اکبر صولتی

مدیر محترم امور دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه

سلام علیکم؛

احتراماً، اینجانب.....دانشجوی شاهد و ایثارگر رشته مقطع.....
با شماره دانشجویی.....ورودی سال متقاضی استفاده از کلاس تقویت بنیه
علمی در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی به شرح جدول ذیل می باشم.

R	کد درس	نام درس	استاد پیشنهادی	مدت زمان پیشنهادی برگزاری کلاس

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره تماس:

امضا: