

| | | |
|---|---|--|
| <p>کد مدرک: M1</p> <p>تاریخ ایجاد و بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵</p> | <p>فرم توافق نامه استاد و دانشجو</p> |  <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرسودویز دانشگاه پزشکی دانشگاه پزشکی</p> |
|---|---|--|

((نسخه اصلی نزد استاد مشاور و کپی به اداره آموزش تمویل گردد))

بدینوسیله اینجانب دانشجو رشته ورودی که تحت پوشش مشاوره استاد محترم سرکار خانم / جناب آقای می باشم متعهد می گردم در جلسات تعیین شده با ایشان حضور منظم پیدا کنم و در صورت عدم حضور به هر دلیل در اسرع وقت اطلاع داده و برای جلسه بعدی برنامه ریزی کنم.

امضاء دانشجو:

تاریخ:
