**سرکار خانم دکتر/ جناب آقای دکتر................**

**معاون محترم آموزشی دانشکده فناوریهای نوین پزشکی**

با سلام و احترام

 به استحضار می رساند اینجانب................................................ به شماره شناسنامه...................................................... صادره از .................. فرزند .......................................... در نیمسال................................... مقطع کارشناسی ارشد/دکترای تخصصی رشته ............................... مشغول به تحصیل می باشم و تقاضای صدور گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه به ........................................................................... را دارم.

 تاریخ

 امضا