



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت آموزشی

تاریخ:

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

**جناب آقای دکتر سیدامیر رضوی سطوتی
مدیر محترم امور دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه**

سلام علیکم

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

مدت زمان پیشنهادی برگزاری کلاس	استاد پیشنهادی	نام درس پیشنهادی	R

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره تماس:

امضا: