



فرم درخواست ملاقات با ریاست دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ ملاقات:	سن:
آدرس:		تلفن:	
علت درخواست ملاقات:			
شرح درخواست:			
امضا درخواست کننده			
دستور ریاست دانشگاه:			
گزارش اقدامات انجام شده توسط واحد مربوطه:			