

بسمه تعالی

کارشناس محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی گروه مهندسی پزشکی

بدینوسیله تایید میشود آقا/خانم..... دانش آموخته مقطع..... گرایش
در تاریخ از پروژه کارشناسی / کارشناسی ارشد خود دفاع کرده و کلیه مراحل مربوط به پروژه پایانی را
گذرانده و لوازم، مدارک و پایان نامه خود را تحویل داده است . لطفا جهت ابطال کارت و فارغ التحصیلی نامبرده
اقدام شود.

نام و امضاء استاد راهنمای پروژه دانشجوی

تاریخ:

مدیر محترم گروه مهندسی پزشکی

مراتب برای تسویه حساب و اعلام فراغت از تحصیل نامبرده در سیستم گلستان منعکس میشود.

کارشناس آموزشی و تحصیلات تکمیلی گروه مهندسی پزشکی