



دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

پست نام

شماره:
تاریخ:
پوست:

مدیرکل محترم اداره آموزش

باسلام و احترام

بدینوسیله نمره درس نیمسال
اول / دوم سال تحصیلی - خانم / آقای
به شماره دانشجویی رشته
مقطع برابر (به عدد) (به حروف)
اعلام می گردد. ب.ج

نام و نام خانوادگی مدیر گروه
محل امضا و مهر:
تاریخ:

نام و نام خانوادگی اسناد مربوطه
محل امضا:
تاریخ: