**بسمه تعالی**

****

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان زنجان**

 **دانشكده های بهداشت و پیراپزشکی**

**فرم تسویه حساب دانشجویان مقطع کارشناسی**

|  |  |
| --- | --- |
| **دانشجو** | **اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی** **و کد ملی به علت درخواست تسویه حساب می نمایم.** **امضاء دانشجو** |
| **کارشناس آموزش** | **تسویه حساب بلامانع است. نام و امضاء کارشناس آموزش دانشکده:** |
| **دانشکده بهداشت**  | **کتابخانه** | **سایت رایانه** | **مدیر امور عمومی** | **کارشناس آموزش** | **کمیته تحقیقات دانشجویی** |
| **مخصوص دانشجویان مهمان و انتقال و موارد خاص** | **امور مالی** | **مخصوص دانشجویان سهمیه شاهد و ایثارگر** | **نماینده ستاد شاهد و ایثارگران** |  |
| **واحدهای تابعه دانشگاه** | **کتابخانه مرکزی دانشگاه** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مسئول آموزش دانشکده**امضاءتاریخ | **مدیر گروه آموزشی**امضاءتاریخ | **معاون آموزشی دانشکده**امضاءتاریخ | **رئیس دانشکده**امضاءتاریخ |
| **امور دانشجویی** | **تغذیه****ا**مضاء تاریخ | **خوابگاه**امضاءتاریخ | **وام**امضاءتاریخ | **دریافت کارت دانشجویی**امضاءتاریخ | **کمیته انضباطی**امضاءتاریخ |
| **تربیت بدنی**امضاءتاریخ | **مدیر امور دانشجویی**امضاءتاریخ | مدیرتعالی فرهنگی دانشگاهامضاءتاریخ | **دانشجوی گرامی: لطفا امور مربوط به فراغت از تحصیل خود را 20 روز بعد از وصول آخرین نمره به آموزش پیگیری فرمایید.** |

|  |
| --- |
| ***آدرس محل سکونت دائمی و شماره تلفن دانشجو:*****استان: شهرستان: بخش: روستا: خیابان اصلی:****خیابان فرعی: کوچه: پلاک/قطعه** **شماره تلفن ثابت : پیش شماره : شماره تلفن همراه:** |

زنجان \_ خيابان پروين اعتصامي \_ دانشكده پيراپزشكي و بهداشت\_ كدپستي : 4515786349

تلفن : 2-33781300 دور نگار 337731153

پست الكترونيكي : pira@zums.ac.ir جايگاه اينترنتي : [www.zums.ac.ir](http://www.zums.ac.ir)