**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**  امضاء  تاریخ | | **مدیر گروه آموزشی**  امضاء  تاریخ | | **معاون آموزشی دانشکده**  امضاء  تاریخ | | | **رئیس دانشکده**  امضاء  تاریخ | |
| **امور دانشجویی** | **تغذیه**  **ا**مضاء  تاریخ | **خوابگاه**  امضاء  تاریخ | | **وام**  امضاء  تاریخ | **دریافت کارت دانشجویی**  امضاء  تاریخ | | | **کمیته انضباطی**  امضاء  تاریخ |
| **تربیت بدنی**  امضاء  تاریخ | **مدیر امور دانشجویی**  امضاء  تاریخ | مدیرتعالی فرهنگی دانشگاه  امضاء  تاریخ | | | **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)