



Mashhad University of
Medical Sciences

دانشکده علوم پیراپزشکی مشهد

فرم گذراندن کارآموزی/کارورزی در نزدیک ترین محل سکونت دانشجویان ویژه نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

(بر اساس شیوه نامه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۵۰۰/۲۸۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۶/۱۰)

مدیر محترم گروه آموزشی		لطفا این فرم را فقط با خودکار مشکی تکمیل نمایید.	
سلام علیکم. با احترام اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی و شماره تلفن همراه با توجه به شیوع بیماری کرونا و تسهیلات آموزشی در نظر گرفته شده برای ترم جاری، متقاضی گذراندن دوره/دوره های به میزان جمعا واحد در محل واقع در شهر می باشم. لازم به ذکر است که موافقت اولیه این مرکز را اخذ نموده ام و بالاترین مسئول این مرکز سرکار خانم / جناب آقای با سمت می باشد. همچنین متعهد می گردم که کلیه ضوابط و شرایط اعلامی گروه آموزشی و شئونات دانشجویی را رعایت نمایم.			
معاون آموزشی دانشکده		تاریخ: امضا:	
سلام علیکم. با احترام گذراندن دوره/دوره های مورد تقاضای دانشجوی فوق در محل مذکور مورد تایید است و ضوابط و شرایط گروه به دانشجو اعلام شده است. در ضمن دانشجو لازم است به میزان ساعت در محل مورد تقاضا آموزش ببیند.			
نام و نام خانوادگی مدیر گروه:		تاریخ: مهر گروه: امضا:	
از: معاونت آموزشی دانشکده علوم پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد		شماره: تاریخ:	
به: سلام علیکم. با احترام بدینوسیله دانشجو با مشخصات فوق جهت گذراندن دوره/دوره های مورد تقاضا جمعا به میزان ساعت حداکثر تا تاریخ معرفی می گردد. خواهشمند است در صورت موافقت دستور فرمائید همکاری های لازم را مبذول نمایند.			
نام و نام خانوادگی:		تاریخ: امضا: مهر معاونت:	
دبیرخانه محترم: سلام. لطفا ثبت در اتوماسیون اداری رونوشت:			
- مدیر محترم گروه آموزشی - رئیس محترم اداره آموزش			
از: به: معاونت آموزشی دانشکده علوم پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد		شماره: تاریخ:	
سلام علیکم. با احترام به استحضار می رساند دانشجو با مشخصات فوق از تاریخ لغایت در این مرکز به میزان جمعا ساعت حضور یافته و دوره / دوره های خود را گذرانده است. در ضمن عملکرد ایشان در این مدت، قابل قبول / متوسط / ضعیف بوده است و نمره ارزیابی ایشان (به عدد) و (به حروف) اعلام می گردد.			
نام و نام خانوادگی:		تاریخ: امضا: مهر مرکز:	
این فرم بدون مهر مرکز فاقد اعتبار است.			
مدیر محترم گروه آموزشی رئیس محترم اداره آموزش سلام علیکم. جهت اطلاع و اقدام لازم			
نام و نام خانوادگی:		تاریخ: امضا:	
توجه:			
۱- پیگیری این فرم از ابتدا تا انتها بر عهده دانشجو است.			
۲- گذراندن دوره در بیمارستان های غیردولتی، خیریه، کلینیک های تخصصی و نظایر آن ها در صورت تایید گروه آموزشی مبنی بر حفظ کیفیت آموزش و با رعایت الزامات قانونی امکانپذیر است.			
۳- هزینه احتمالی لوازم مصرفی و خسارت ناشی از عملکرد دانشجو در مرکز مورد تقاضا، بر عهده دانشجو است.			
۴- هر گونه مکاتبه و گذراندن دوره، خارج از این فرم از نظر دانشکده علوم پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قابل قبول نخواهد بود.			