بسمه تعالي



دانشگاه علوم پزشكي تهران

دانشكده پزشكي

فرم تاييد صلاحيت دانشجو جهت شركت در دوره دانشجو به عنوان مدرس

**اطلاعات دانشجو**

نام و نام خانوادگي دانشجو:

مقطع تحصيلي:

شماره دانشجويي:

از نظر اينجانب جناب آقاي دكتر/ سركار خانم دكتر .......................................... عضو هيات علمي دانشگاه علوم پزشكي تهران، صلاحيت علمي و رفتاري خانم/ آقاي....................................... دانشجوي پزشكي دانشگاه علوم پزشكي تهران، جهت ايفاي نقش به عنوان مدرس براي آموزش ساير دانشجويان مورد تاييد است.

دانشكده:

گروه آموزشي:

شماره تماس:

محل امضا