



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی استان بوشهر

فرم تسویه حساب دانشکده دندانپزشکی بوشهر

احتراماً، اینجانب به شماره دانشجویی مقطع دکتری عمومی و شماره ملی / شناسنامه

جهت فارغ التحصیلی انتقالی انصرافی تغییر رشته تقاضای تسویه حساب دارم.

آدرس محل سکونت:

شماره همراه شماره ثابت با پیش شماره کد پستی تاریخ و امضا دانشجو

امور آموزش دانشکده

۱- تکمیل مهر و امضا کامل بخش های کلینیک آموزشی درمانی

بخش جراحی	بخش ارتودنسی	آزمایشگاه فانتوم اندو و ترمیم
بخش ترمیم	بخش کودکان	آزمایشگاه پاتولوژی
بخش پرودانتیکس	بخش اندودانتیکس	بخش پروتز
CSR	بخش رادیولوژی	لابراتوار پروتز
انبار کلینیک	بخش درمان جامع	بخش تشخیص بیماریهای دهان، فک و صورت
		امور عمومی

۲- رئیس دانشکده / معاون آموزشی دانشکده

اداره رفاه	امور شهریه (جهت دانشجویان مشمول پرداخت شهریه تحت هر عنوان)	کتابخانه مرکزی
وام تحصیلی:.....ریال		
وام مسکن:.....ریال	واحد تربیت بدنی	ستاد شاهد
وام ضروری:.....ریال		
وام بیمه:.....ریال	اداره اموال	کانون قرآن
هزینه خوابگاه:.....ریال		
بدهی مقطع قبل:.....ریال	واحد پژوهشی	کمیته انضباطی
جمع کل:.....ریال		
-----	واحد تغذیه	واحد دانشجویی و فرهنگی
امور دانشجویی و رفاهی دانشگاه	اداره مشاوره	اداره امور خوابگاه ها

گواهی می شود دانشجوی فوق با واحدهای تابعه دانشگاه تسویه حساب نموده و کارت دانشجویی خود را تا تاریخ تحویل داده است ./