



جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه

بسمه تعالی

معاونت محترم آموزشی دانشکده .....

با سلام و احترام

بدین وسیله به اطلاع می رساند کارت دانشجویی اینجانب..... دانشجوی رشته ..... به شماره دانشجویی ..... در تاریخ ..... مفقود گردیده است. لذا ضمن آگاهی از عواقب ناشی از سوء استفاده های احتمالی و با توجه به استشهاد امضاء کنندگان ذیل که موضوع فوق الذکر را تأیید و مسئولیت هرگونه خلاف واقع را تقبل می نمایند، خواهشمند است دستور فرمائید اقدام مقتضی در خصوص صدور مجدد کارت دانشجویی / فارغ التحصیلی را معمول  مایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	امضاء
۱			
۲			
۳			

امضای دانشجو با درج تاریخ درخواست

ریاست محترم حراست دانشکده .....

خواهشمند است دستور فرمائید با توجه به درخواست دانشجو و استشهاد دانشجویان فوق موضوع بررسی و در صورت تأیید، مراتب جهت صدور کارت المثنی  / فارغ التحصیلی  به مدیریت امور آموزشی دانشگاه اعلام گردد.

محل امضاء معاونت آموزش دانشکده

اعلام نظر اداره محترم حراست دانشکده به آموزش دانشگاه

.....  
.....

محل امضاء حراست دانشکده

رونوشت:

- بایگانی محترم آموزش دانشکده جهت حفظ سابقه