

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین (ع) رشت

## فرم اعتراض نمره دانشجو

اینجانب ..... کارآموز/ کارورز (بخش) چشم / ENT متقاضی بررسی

مجدد نمره امتحانی آزمون مورخ ..... می باشم.

مسئول آموزش پزشکی عمومی

عضو هیئت علمی گروه

مدیر گروه

آدرس: رشت- خیابان ۱۷ شهریور- مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین<sup>(ع)</sup> - تلفن: ۸-۶-۳۳۲۳۸۳۰۶ فکس ریاست: ۳۳۲۲۷۴۰۹

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین<sup>(ع)</sup> رشت

تاریخ:.....

شماره:.....

پیوست:.....

---

آدرس: رشت- خیابان ۱۷ شهریور- مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین<sup>(ع)</sup> - تلفن: ۸-۶۳۳۸۳۰۶ - فکس ریاست: ۳۳۲۲۷۴۰۹