



دانشکده پیراپزشکی

تاریخ: .....

شماره: .....

بسمه تعالی  
فرم تسویه حساب

اطلاعات فردی	
نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
تاریخ تولد: / / ۱۴ محل تولد:	نام پد:
رشته و مقطع تحصیلی:	محل صدور شناسنامه:
شماره دانشجویی:	دوره: روزانه <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> بین الملل <input type="checkbox"/> میهمان <input type="checkbox"/>

ردیف	سمت	نام و نام خانوادگی	امضاء
۱	معاون آموزشی، دانشجویی و فرهنگی دانشکده		
۲	معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه (کتابخانه مرکزی و.....)		
۳	معاونت دانشجویی - فرهنگی و شورای انضباطی دانشجویان دانشگاه		
۴	مرکز آمار و فن آوری اطلاعات دانشگاه		
۵	مدیر امور مالی دانشکده (دانشجویان شهریه پرداز)		
۶	اداره کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه (تحويل کارت دانشجویی و....)		

دانشجوی گرامی، لطفا موارد زیر را تکمیل نمایید.

آدرس منزل:		
کد پستی:	شماره تلفن منزل:	شماره همراه:
ایمیل:		

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ جاده کاشان راوند، دانشکده پیراپزشکی کد پستی: ۸۷۱۵۹۷۳۴۴۹ تلفن ۵۵۵۸۹۳۴۳ (۰۳۱)  
دورنگار ۵۵۵۸۹۳۴۳ (۰۳۱) E-mail: paramedicine@kaums.ac.ir <https://paramedicine.kaums.ac.ir>



دانشکده پیراپزشکی

**علت تسویه مساب:**

فارغ التحصیل  انصراف از تحصیل  انتقالی  اتمام میهمانی

تاریخ فراغت از تحصیل.....

تاریخ تکمیل فرم ..... امضاء دانشجو

ردیف	نام قسمت	امضاء و مهر مسئول قسمت
۱	اداره آموزش دانشکده	
۲	گروه آموزشی مربوطه	
۳	امور دانشجویی و فرهنگی دانشکده	
۴	واحد فناوری اطلاعات دانشکده	
۵	آزمایشگاه، پراتیک یا لابراتوار گروه آموزشی مربوطه	
۶	کتابخانه دانشکده بهداشت و پیراپزشکی	
۷	دفتر توسعه آموزش دانشکده	

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ جاده کاشان راوند، دانشکده پیراپزشکی کد پستی: ۸۷۱۵۹۷۳۴۴۹ تلفن ۵۵۵۸۹۳۴۳ (۰۳۱)  
دورنگار ۵۵۵۸۹۳۴۳ (۰۳۱) E-mail: paramedicine@kaums.ac.ir <https://paramedicine.kaums.ac.ir>