

فرم تسویه حساب داخلی دانشکده علوم توانبخشی

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

رشته تحصیلی:

مقطع:

بخش مربوطه	امضاء
۱-استاد راهنما	
۲- کارشناس آموزشی رشته	
۳- سمعی بصری- مولاژ	
۴- مسئول کلینیک دانشکده	
۵- کارشناس مرکز تحقیقات و آزمایشگاه ها	
۶- رئیس مرکز تحقیقات	
۷- کتابخانه دانشکده	
۸- مسئول کمیته تحقیقات دانشجویی	
۹- معاونت پژوهشی	
۱۰- معاونت فرهنگی	
۱۱- مسئول حسابداری و امین اموال	
۱۲- تایید مسئول امور اداری دانشکده	

*** رعایت توالی اخذ امضاء ها در فرم تسویه حساب الزامی است.