

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی دزفول

کمیته منتخب ارتقا دانشکده پزشکی

فرم تقاضای ارتقا پایه سالانه اعضای هیات علمی

ریاست محترم دانشکده پزشکی

احتراماً باتوجه به اینکه اینجانب عضو هیات علمی دانشکده پزشکی تا تاریخ واجد

شرایط احراز پایه استحقاقی سالانه خود می گردم، خواهشمند است در این خصوص اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

با تشکر

امضا و تاریخ