

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی  
دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

## مدیریت محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام؛

بدینوسیله تأیید می نماید که خانم / آقای .....  
دانشجوی رشته ..... به شماره دانشجویی .....  
دروس زیر را حذف و یا اضافه نموده است . خواهشمند است در برگ انتخاب  
واحد اداره کل منظور فرمائید .

حذف :

حذف :

- ۱- ..... - ۱  
۲- ..... - ۲

اداره آموزش دانشکده پرستاری و مامایی  
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

آدرس : ارومیه - کیلومتر ۱۱ جاده سرو - پردیس نازلو - دانشکده پرستاری و مامایی

کد پستی : ۵۷۵۶۱۱۵۱۱۱ - صندوق پستی ۱۷۷۶

و تلفن و نمابر : ۲۷۵۲۳۷۸

آدرس پست الکترونیک : [nursing-college@umsu.ac.ir](mailto:nursing-college@umsu.ac.ir)