



Bahlool Hospital

مرکز آموزشی پژوهشی درمانی علامه بهلول گنابادی

معاونت آموزشی پژوهشی

فرم جابجایی تاریخ کار آموزشی

درخواست دانشجو

اینجانب: دانشجو کارآموزی / کارورزی رشته:

ترم: متقاضی جابجایی / گذراندن دوره کارآموزی / کارورزی

در بخش / واحد: تاریخ: شیفت: با مربی:

بجای بخش / واحد: تاریخ: شیفت: با مربی:

می باشم، لذا خواهشمند است با درخواست مربوطه موافقت گردد.

امضای مدیر گروه مربوطه

امضاء مربی / استاد

امضاء مربی / استاد

تاریخ

تاریخ

تاریخ

نظر معاونت

موافقت نمی شود

موافقت می شود

اظهار نظر معاون آموزشی بیمارستان:

علت عدم موافقت:

مهر و امضاء

تاریخ