



دانشگاه صنعتی شاهرود

دانشکده مهندسی پزشکی

بسمه تعالی

فرم درخواست تردد در آزمایشگاههای دانشکده مهندسی پزشکی

استاد راهنمای محترم آقای / خانم

اینجانب دانشجوی رشته مهندسی پزشکی مقطع گرایش

به شماره دانشجویی به دلیل

تقاضای صدور مجوز در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل در آزمایشگاه

تا ساعت تا مورخ می باشم. امضا دانشجو

ریاست محترم دانشکده مهندسی پزشکی

نمی باشم

با سلام و احترام با صدور مجوز فوق موافق می باشم

امضا / تاریخ

نام استاد راهنما

تحويل كليدهای آزمایشگاه

كليدهای آزمایشگاه / مرکز تحقیقات مورخه

تحويل دانشجو گردید.

امضا / تاریخ

نام مسئول آزمایشگاه

جناب آقای مهندس اسدپور

مسئول محترم دفتر دانشکده مهندسی پزشکی

با سلام

جهت اقدام لازم

ریئس دانشکده مهندسی پزشکی