دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده بهداشت

بسمه تعالی

مسئول محترم اداره آموزش دانشکده بهداشت

با سلام و احترام

اینجانب..... دانشجوی رشته ..... مقطع ..... به شماره دانشجویی..... جهت انجام تکلیف کلاسی خود در درس ..... استاد ..... درخواست معرفی به مراکز..... را دارم.

نام دانشجو

تاریخ و امضاء

نام و امضاء استاد

نام و امضاء مدیر گروه

نام و امضاء معاون آموزشی دانشکده