



دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دانشکده داروسازی، معاونت پژوهشی

فرم اطلاعات دانشجویان شاغل در آزمایشگاه های دانشکده داروسازی

دانشجو:

اینجانب.....دانشجوی رشته.....دانشگاه.....که در دانشکده داروسازی در انجام پروژه

تحقیقاتی یا پایان نامه با عنوان.....تحت نظارت هیات علمی محترم

.....همکاری می نمایم،مسئولیت کلیه آسیب های احتمالی به خود و خسارت وارده به اموال دانشکده توسط

اینجانب را به عهده میگیرم و خود را ملزم به رعایت کلیه قوانین دانشکده داروسازی می نمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو: امضاء: تاریخ

شماره موبایل: شماره تماس در مواقع اضطراری:

هیات علمی دانشکده داروسازی:

احتراماً اینجانب.....مسئولیت نظارت بر حضور دانشجویی فوق در آزمایشگاه وامور مربوط به تردد دانشجو در

ساعات اداری و غیراداری و خسارات وارده توسط ایشان را تقبل می نمایم .

مدت زمان پروژه عملی دانشجو:.....ماه

استاد راهنما: امضاء: تاریخ

ریاست محترم دانشکده داروسازی

احتراماً به استحضار می رساند حضور نامبرده از تاریخ..... به مدت..... در آزمایشگاه ..... از نظر

اینجانب بلامانع است.

تاریخ معاون پژوهشی دانشکده داروسازی

کارشناس آزمایشگاه.....

احتراماً خواهشمند است باتوجه به موافقت حضور ..... در آزمایشگاه ..... دانشکده با رعایت مقررات ، مساعدت

لازم را مبذول فرمائید.

معاون پژوهشی دانشکده داروسازی

حراست محترم دانشکده

احتراماً خواهشمند است باتوجه به موافقت حضور ..... در آزمایشگاه ..... دانشکده با رعایت مقررات

ونظارت مستقیم استاد راهنما یا کارشناس آزمایشگاه، مساعدت لازم را مبذول فرمائید.

ریاست دانشکده داروسازی