



تاریخ:

شماره:

پوست:

گواهی می شود:

خواهر/ برادر:

دارنده شناسنامه شماره صادره از

متولد سال فرزند در نیمسال

..... سال تحصیلی دانشجوی شماره

..... رشته فیزیوتراپی دانشکده علوم توانبخشی این دانشگاه

میباشد.

این گواهی طبق تقاضای مورخ فقط بمنظور ارائه

به:

جهت: آگاهی

صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش دیگری می باشد.

توضیح: ترجمه این نامه فاقد ارزش می باشد.

ریاست دانشکده علوم توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان اصفهان