



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان

بسمه تعالی

فرم درخواست مجوز فعالیت در مرکز تحقیقات فیزیولوژی



مرکز تحقیقات فیزیولوژی

اینجانب دانشجوی رشته مقطع ورودی سال به شماره دانشجویی متقاضی حضور در مرکز تحقیقات فیزیولوژی به منظور انجام طرح تحقیقاتی / پایان نامه از تاریخ لغایت در ساعات اداری / غیر اداری / تعطیل با نظارت / همکاری / سرپرستی استاد می باشم. ضمناً متعهد می شوم چنانچه در مدت مذکور هر نوع خسارتی به مرکز تحقیقات فیزیولوژی وارد شود جبران نمایم.

امضاء

نام و نام خانوادگی دانشجو:

نظر استاد محترم (که فعالیت فوق با نظارت یا مشارکت ایشان انجام می شود)

اینجانب استاد گروه با درخواست نامبرده جهت ورود به مرکز تحقیقات فیزیولوژی و انجام فعالیت مذکور در مکان مورد نظر موافقم و صلاحیت عمومی وی را تأیید می نمایم. همچنین متعهد می شود هر گونه اتفاق غیر مترقبه ای برای دانشجوی فوق و خسارت وارد آمده به تجهیزات اداری و آزمایشگاهی را جبران نمایم.

امضاء

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

نظر مدیر محترم گروه

ریاست محترم مرکز تحقیقات فیزیولوژی

با سلام و احترام

اینجانب صلاحیت نامبرده را تأیید و تقاضا می کنم با درخواست مذکور موافقت فرمائید.

امضاء

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

نظر ریاست محترم مرکز تحقیقات فیزیولوژی: