

تاریخ صدور گواهی : 1397/05/27

شماره درخواست : 32938017

مدیر/ریاست محترم: معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز

با سلام و احترام:

بدینوسیله گواهی می شود جناب آقای/سرکار خانم :

به مشخصات ذیل واحدهای درسی مشخص شده در این گواهی را در این دانشگاه تدریس نموده اند. این گواهی بنا به درخواست نامبرده جهت ارائه به آن مرکز صادر و فاقد هرگونه ارزش قانونی دیگر می باشد:

اطلاعات

نام پدر :

کد ملی :

رشته و مدرک تحصیلی :

گروه آموزشی : زنان و زایمان

محل خدمت : بیمارستان کمالی

مرتبه علمی : استادیار

وضعیت استخدامی : پیمانی

مشخصات دروس

.....(درس اول).....

نام درس : بیماریهای زنان و بارداری ...

رشته : پزشکی (دکتری عمومی)

نام دانشکده : دانشکده پزشکی

.....(درس دوم).....

نام درس : بیماریهای زنان و زایمان و ...

رشته : پزشکی (دکتری عمومی)

نام دانشکده : دانشکده پزشکی

.....(درس سوم).....

نام درس : بیماریهای زنان و بارداری و ...

رشته : پزشکی (دکتری عمومی)

نام دانشکده : دانشکده پزشکی

.....(درس چهارم).....

نوع درس : عملی

نیمسال : دوم

نوع درس : عملی

نیمسال : دوم

نوع درس : عملی

نیمسال : دوم

تعداد واحد : ۱.۲۳

سال تحصیلی : ۱۳۹۶ دی ماه

تعداد واحد : ۱.۵۸ بهمن ماه

سال تحصیلی : ۱۳۹۶ بهمن ماه

تعداد واحد : ۱.۲۳

سال تحصیلی : ۱۳۹۶ اسفند ماه

