

تاریخ صدور گواهی : 1397/08/29

شماره درخواست : 45599025

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 : زنان و زایمان

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 ژنیکولوژی

رشته: پزشکی (دکتری عمومی)

نام دانشکده: دانشکده پزشکی

.....(درس سوم).....

.....(درس چهارم).....

رشته ۱۸

تعداد واحد : ۵.۰۵

نوع درس : نظری/عملی

نیمسال : دوم

سال تحصیلی : مرداد ۱۳۹۷

رشته ۱۹

تعداد واحد : ۵.۳۵

نوع درس : نظری/عملی

نیمسال: دوم

سال تحصیلی : شهریور ماه ۱۳۹۷

