

تاریخ صدور گواهی : 1397/08/29

شماره درخواست : 26448795

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 : زبان واپیمان

گروه آموزشی : زبان واپیمان

محل خدمت : بیمارستان کمالی

مرتبه علمی : استادیار

وضعیت استخدامی : پیمانی

مشخصات دروس

.....(درس اول).....

نام درس : بهار زبان وبارداری ...

نوع درس : عملی

رشته : پزشکی (دکتری عمومی)

نیمسال : اول

نام دانشکده : دانشکده پزشکی

.....(درس دوم).....

نیمسال: اول

.....(درس سوم).....

رشته : پزشکی (دکتری عمومی)

.....(درس چهارم).....

دکتر بهروز یوز

