

شماره:

تاریخ:

پیوست:



دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران



معاونت آموزشی

## فرم درخواست صدور گواهی تدریس

معاون محترم آموزشی دانشگاه

سلام علیکم؛

احتراما خواهشمند است نسبت به صدور گواهی تدریس برای اینجانب .....  
فرزند ..... با شماره شناسنامه ..... صادره از .....  
متولد ..... دارای مدرک تحصیلی ..... در رشته .....  
که دروس .....  
را در این واحد دانشگاهی از نیمسال □ اول □ دوم سال تحصیلی ..... لغایت  
نیمسال □ اول □ دوم سال تحصیلی ..... به عهده داشته ام؛ مساعدت لازم را مبذول  
فرمائید.

- دانشگاه علوم پزشکی .....  
□ اداره بیمه تأمین اجتماعی شعبه .....  
□ دانشگاه صنعتی .....  
□ بانک ..... شعبه .....  
□ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
□ وزارت علوم تحقیقات و فناوری  
□ سایر موارد: .....

تاریخ و محل امضاء متقاضی:

نشانی: تهران-خیابان دکتر شریعتی-خیابان شهید خاقتی-خیابان عطاری مقدم- بن بست دانش- دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران

منطقه ۱۹ پستی تلفن: ۷-۰۶۶۶۰-۲۲۰۰

کد پستی ۱۹۳۶۸۹۳۸۱۳ - صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۱۴۹۵

<http://www.iautmu.ac.ir>