



بیتجان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان

تاریخ.....

شماره.....

پیوست.....

گواهی می شود:

جناب آقای / سرکار خانم

به شماره شناسنامه -- در کارگاه آموزشی - که براساس صورتجلسه شماره ۵/۲۱۵۰۵/۱۲۳/۳/پ مورخ ۱۹/۵/۱۰ کمیته آموزش و بهسازی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، از تاریخ --- ۱۹ لغایت --- ۱۹/--- توسط ----- بمدت ساعت -- برگزار گردید، شرکت نموده اند.

نام خانوادگی بالاترین مقام مسئول در حوزه معاونت

سمت

نام خانوادگی مسئول اجرا

سمت