

تاریخ: .....

شماره: .....

پوست: .....



میریت آموزش

پژوهشگاه علوم خرد و متابولیسم  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی، درمانی  
تهران

**سرکار خانم دکتر امین اسماعیلی**  
**مدیریت محترم دفتر هماهنگی مراکز تحقیقاتی**

با سلام و احترام

بدینوسیله گواهی حضور و رضایت از عملکرد دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی با مشخصات ذیل

جهت تمدید حکم کمک هزینه تحصیلی از تاریخ ..... ارسال می گردد.

خواهشمند است دستور فرمایید اقدامات مقتضی در این خصوص را مبذول فرمایند.

نام و نام خانوادگی: .....

شماره دانشجویی: .....

رشته: .....

مرکز تحقیقات .....

دکتر ندا مهرداد

معاونت تحقیقات و فناوری

پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم

---

نظریه استاد راهنما:

با توجه به حضور تمام وقت از تاریخ ..... لغایت ..... و رضایت کامل از ایشان در این مرکز، با درخواست تمدید کمک هزینه موافقت می شود.

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

امضا: