



نام و نام خانوادگی دانشجو:

دانشکده : پزشکی

مقطع : دکتری عمومی

رشته : پزشکی

امضا دانشجو :

امضاء دانشکده :

ردیف	نام درس	کد درس	گروه درس	تعداد واحد	توضیحات
جمع واحد					