|  |
| --- |
| **نوع فعالیت:** 🗆 **آموزشی** 🗆 **پژوهشی** 🗆 **اداری** |

گواهی می شود خانم / آقای .............................. به شماره دانشجویی ............................ شاغل به تحصیل در دانشکده .................... مقطع ................... تا کنون .......... واحد درسی را گذرانده است. و از تاریخ ......................... تا ......................... به مدت ............. ساعت در قسمت ................................. اشتغال داشته است. خواهشمند است نسبت به پرداخت حق الزحمه ایشان، اقدام شود.

شرح مختصر فعالیت انجام شده در طی مدت مذکور:

|  |  |
| --- | --- |
| 1- نام و نام خانوادگی دانشجو  امضا | 2- نام و نام خانوادگی مسئول/ استاد مربوطه  امضا |
| 3- نام و نام خانوادگی مدیر امور عمومی مربوطه  امضا | 4- نام و نام خانوادگی رئیس واحد مربوطه  امضا |

شماره حساب برای واریز وجه **(شماره کارت قابل پرداخت نیست)**: 🗆بانک تجارت 🗆بانک ملی

دانشجوی فوق جمعا تعداد ....... واحد درسی را گذرانده است که مورد تایید اداره آموزش دانشکده است.

مهر و امضای رئیس آموزش دانشکده