

## فرم درخواست ارسال مدارک تحصیلی

اینجانب:

فرزند:

دانش آموخته رشته:

مورخ:

درخواست دریافت اصل مدرک گواهی موقت پایان تحصیلات  اصل دانشنامه

خود را از دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان دارم.

هزینه صدور و ارسال پستی مدارک طی فیش شماره ..... به مبلغ ۱۷۰/۰۰۰ ریال مورخ .....  
واریز و به پیوست ارسال می گردد.

تاریخ و امضاء متقاضی

۱- آدرس دقیق:	
۲- پلاک منزل:	۳- کد پستی ۱۰ رقمی:
۴- تلفن ثابت:	۵- تلفن همراه:
۶- تحویل گیرندگان:	
۷- کد ملی تحویل گیرنده:	
۸- آدرس دوم:	