بسمه تعالی



دانشکده پرستاری و مامایی زابل

گروه پرستاری داخلی جراحی

**فرم مجوز نمونه گیری**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

مدیر محترم گروه پرستاری داخلی و جراحی

جناب آقای/سرکار خانم

با سلام

احتراماً،اینجانب ....................................... دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری رشته........................... ورودی...........................سراسری/ پردیس............................. به منظــور جمــع‌آوری داده‌هــای پــایــان نــامـه خــود با عنــوان...............................................................................................................................................................................................

با کد اخلاق ................................. به راهنمایی سرکار خانم/ جناب اقای ................................ با استفاده از ابزار نیاز به مجوز جهت مراجعه به مراکز........................................................................................................................................................................................

را دارم. خواهشمند است دستور مقتضی مبذول فرمایند.

**امضاء دانشجو**

**تاریخ**