بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

دانشکده پرستاری و مامایی

**گواهی طرح آموزش آبشاری**

**------------------------------------------------------------------------------**

مدیر محترم گروه پرستاری داخلی و جراحی

جناب آقای/سرکار خانم

با سلام

احتراماً، بدین وسیله گواهی می‌گردد: خانم/ آقای ........................................................ دانشجوی دکترا/ کارشناسی ارشد رشته ............................... ورودی ........................سراسری/ پردیس در نیم سال اول/ دوم سال تحصیلی ........................... به میزان ................. روز کارآموزی/ فعالیت اجرایی/ کار پژوهشی در قالب طرح آبشاری تحت نظر اینجانب در دانشکده/ بیمارستان همکاری داشته‌اند.

نام و نام خانوادگی تاریخ/ امضاء

تأییدیه رییس بخش گروه پرستاری داخلی جراحی

به میزان .................. روز ................. واحد در نیمسال مزبور مورد تأیید است و مراحل انجام پایان نامه قابل اجرا می‌باشد.

باقیمانده واحدها ..................... می‌باشد.

نام و نام خانوادگی تاریخ / امضا