

((فرم شروع به کار دستیاران جدید الورد))

نام و نام خانوادگی دستیار:	رشته تحصیلی:	سال ورود:
----------------------------	--------------	-----------

(توسط دستیار تکمیل شود )  
نظر به پذیرش اینجانب در رشته .....دانشکده دندانپزشکی همدان خواهشمند است نسبت به اعلام شروع بکار اینجانب دستور مقتضی صادر فرمائید .

دستیار - امضاء و تاریخ

(توسط مدیر گروه تکمیل شود )  
معاونت محترم امور دستیاری و تحصیلات تکمیلی دانشکده دندانپزشکی  
شروع بکار نامبرده تاریخ ( به حروف ) ..... ( به عدد ) ..... اعلام می گردد .

مدیر گروه - امضاء و تاریخ