



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

بسمه تعالی

از: .....

به: معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

با سلام

بدینوسیله گواهی می گردد سرکار خانم دکتر/ جناب آقای دکتر ..... متخصص / فوق تخصص  
..... از تاریخ ..... / ..... / ..... لغایت ۱۳ ..... / ..... / ..... در بخش / مرکز ..... به صورت  
میانگین ..... ساعت در هفته تماس آموزشی مستقیم (شامل آموزش بر بالین با حضور فراگیر، آموزش در درمانگاه با  
حضور فراگیر و ویزیت آموزشی بیماران) با فراگیران گروه پزشکی داشته اند.

مهر و امضاء

مهر و امضاء

مهر و امضاء

رئیس دانشکده

معاون آموزشی دانشکده

معاون آموزشی بیمارستان