



جلسه توجیهی شورای انضباطی دانشکده علوم پزشکی نیشاپور

تاریخ برگزاری :

رشته تحصیلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	کد ملی	امضاء
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

امضاء:

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده :

تاریخ :

سمت آموزش دهنده :



معاونت فرہنگی دانشکده علوم پزشکی نیشابور