



شماره:

تاریخ:

باسمه تعالی

فرم تسویه حساب رشته دندانپزشکی

صادره از:

شماره شناسنامه:

فرزند:

نام و نام خانوادگی:

تذکر:

- ۱ - دانشجویان مهر اینترنتی خود را به مسئول آموزش دانشکده تحویل دهید .
- ۲ - جهت ثبت نام در کانون دانش آموختگان به پورتال دانشکده <http://dnt.kaums.ac.ir> مراجعه نمایید .

- | | |
|-------------|--|
| مهر و امضاء | ۱ - معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده |
| مهر و امضاء | ۲ - معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه |
| مهر و امضاء | - مرکز تحقیقات دانشجویی |
| مهر و امضاء | - کتابخانه مرکزی دانشگاه |
| مهر و امضاء | ۳ - معاونت دانشجویی فرهنگی |
| مهر و امضاء | - شورای انضباطی دانشجویان دانشگاه |
| مهر و امضاء | ۴ - مرکز فن آوری و اطلاعات دانشگاه |
| مهر و امضاء | ۵ - کارت دانشجویی تحویل بایگانی آموزش کل گردید . |
| مهر و امضاء | موارد فوق مورد تأیید است |
| | مدیر کل امور آموزش |

***دانشجوی گرامی ضمن عرض مسرتنه نباشید جدیدترین آدرس خود را در این قسمت مرقوم فرمائید .**

آدرس محل سکونت :

شماره تلفن ثابت :

شماره تلفن همراه :

کد پستی :



مشخصات دانشجویی :

نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	شماره کد ملی	نام پدر	محل صدور
محل تولد	تاریخ تولد	وضعیت تاهل	تعداد فرزند	سال ورود به دانشگاه
نیمسال شروع به تحصیل	وضعیت نظام وظیفه	سهمیه قبولی	مدت استفاده از مرخصی تحصیلی	تعداد نیمسال های میهمان در دانشگاههای دیگر
اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>				
دانشجوی انتقالی از دانشگاه	نام و نام خانوادگی استاد راهنما	تاریخ پایان تحصیل	وضعیت اشتغال	تاریخ تکمیل فرم

علت تسویه حساب :

فارغ التحصیل انصراف از تحصیل انتقالی اتمام میهمانی درخواست مدرک معادل

ردیف	نام قسمت	امضاء و مهر
۱	اداره آموزش دانشکده	
۲	گروه آموزشی مربوطه	
۳	امور دانشجویی و فرهنگی دانشکده	
۴	مرکز رایانه دانشکده	
۵	کتابخانه دانشکده	
۶	تجهیزات دانشکده	
۷	بخش رادیولوژی	
۸	بخش جراحی	
۹	بخش ترمیمی	
۱۰	بخش پریو	
۱۱	بخش اندو	

	بخش اطفال	۱۲
	بخش ارتودنسی	۱۳
	بخش فانتوم	۱۴
	بخش پروتز	۱۵
	بخش بیماریهای دهان	۱۶
	بخش پاتولوژی	۱۷

دانشجوی گرامی ضمن عرض تسنه نباشید جدیدترین آدرس خود را در این قسمت مرقوم فرمائید .

آدرس محل سکونت :

شماره تلفن ثابت :

شماره تلفن همراه :

کد پستی :

آدرس: کاشان - بلوار قطب راوندی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان - دانشکده دندانپزشکی - کد پستی: ۸۸۱۴۱ - ۸۷۱۵۹

تلفن: ۵۵۶۲۰۰۴۵ (۰۲۱) نمابر: ۵۵۵۸۲۲۱۲

Website : www.dnt.kaums.ac.ir

Email: dnt@kaums.ac.ir