



بسمه تعالی

فرم درخواست مجوز حضور به عنوان همراه در آزمایشگاه مرکزی دانشکده پزشکی

مسئول محترم آزمایشگاه مرکزی دانشکده پزشکی

اینجانب دانشجوی/ فارغ التحصیل رشته از دانشکده دانشگاه
درخواست حضور به عنوان همراه خانم/ آقای در آزمایشگاه مرکزی از تاریخ لغایت
(حداکثر ۱۰ روز کاری و فقط در ساعات کاری دانشکده) جهت آموزش را دارم.

اینجانب متعهد می‌گردم که کلیه قوانین و موارد انضباطی آزمایشگاه را رعایت نمایم. ضمناً مسئولیت ایمنی و هر گونه حادثه به عهده اینجانب می‌باشد.

امضا و شماره تلفن همراه:

امضا و شماره تلفن دانشجو:

اینجانب استاد گروه دانشکده دانشگاه تایید می‌نمایم که
ایشان مهارت لازم جهت کار در آزمایشگاه و آموزش دانشجو را دارند و کلیه اصول ایمنی و قوانین و مقررات آزمایشگاه را رعایت می‌نمایند و
مسئولیت هر گونه حادثه به عهده اینجانب می‌باشد.

امضا و شماره تلفن استاد:

حضور و فعالیت خانم/ آقای با رعایت قوانین و مقررات دانشگاه و آزمایشگاه مرکزی و فقط در
تاریخ‌های یادشده بلامانع است.

نام و امضای سوپروایزر آزمایشگاه مرکزی

امضای مسئول آزمایشگاه مرکزی