

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

به : دانشگاه تربیت مدرس

از: دانشگاه

بدینوسیله تایید می شود که آقا/خانم ..... با شماره ملی..... در تاریخ .....  
در رشته ..... در مقطع کارشناسی ارشد ○ دکتری حرفه ای ○ از این دانشگاه  
فارغ التحصیل شده است ○ خواهد شد ○ و معدل کل نامبرده ..... می باشد.

لازم به ذکر است اشتغال به تحصیل نامبرده مورد تایید شورای عالی انقلاب فرهنگی / وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و این فرم برای اطلاع آن دانشگاه جهت ثبت نام اولیه صادر و فاقد هرگونه ارزش دیگری می باشد.

محل امضاء و مهر

معاون آموزشی دانشگاه