



دانشگاه تهران
وحدات پست و مخابرات
دانشکده پزشکی و دندانپزشکی

بسمه تعالی

درخواست رزرو کلاس در نیمسال.....

اینجانب نماینده رشته تحصیلی ورودی.....

متقاضی رزرو کلاس شماره در روز مورخ ساعت.....

جهت..... می باشم. خواهشمنداست در صورت امکان موافقت فرمایید.

شماره تماس نماینده:

تایید مدرس درس:

تایید مسئول کلاسها:

تایید نهایی آموزش: