



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
معاونت دانشجویی و فرهنگی

بسمه تعالی

رضایتنامه خروج از خوابگاه

اینجانب.....ولی دانشجو آقای/خانم.....
پذیرفته شده رشته.....ضمن مطالعه آیین نامه انضباطی و
مقرراتی خوابگاه دانشجویی (پیوست) و با آگاهی از تعطیلات
رسمی ، پایان هفته (پنجشنبه و جمعه تا عصر شنبه) و تعطیلات
هفتگی طبق برنامه آموزشی و تعطیلات میان ترم از خروج فرزندم
آقای/ خانماز خوابگاه برادران / خواهران اطلاع
و رضایت کامل داشته و مسئولیت خروج از خوابگاه نامبرده به
عهده اینجانب می باشد .

آدرس و تلفن منزل :

آدرس محل کار پدر:

تلفن همراه پدر:

امضاء ولی و اثر انگشت

سال همت مضاعف

کار مضاعف

نشانی: خیابان امام خمینی- ۲۰ متری شهید
بهشتی- ابتدای خیابان شهید چمران شمالی-
ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی- طبقه دوم
کد پستی ۶۵۸۹۷-۳۷۱۹۹ تلفن: ۰۱-۶۷۰۶۴۴۰

فاکس: ۶۷۰۲۱۴۲

www.csa.muq.ac.ir