



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی دانشگاه آستان قدس

## فرم درخواست صدور کارت دانشجویی المثنی

### مسئول آموزش دانشکده .....

با درود و احترام؛

بدینوسیله اعلام میدارد کارت دانشجویی اینجانب ..... فرزند ..... با کد ملی ..... دانشجوی رشته .....  
به شماره دانشجویی ..... در تاریخ ...../...../..... مفقود گردیده است. لذا تقاضا دارم نسبت به صدور کارت المثنی اینجانب اقدام لازم را  
مبذول فرمایید.

شماره تماس : ..... تاریخ تکمیل فرم: ..... / ..... / ..... امضای دانشجو

مشخصات ثبت شده برای آقای / خانم ..... مورد تایید بوده و صدور کارت المثنی برای نامبرده بلامانع میباشد.

مهر و امضای آموزش دانشکده

صدور کارت دانشجویی المثنی برای دانشجوی فوق از نظر این واحد بلامانع است.

مهر و امضای حراست دانشکده

جهت صدور کارت دانشجویی المثنی برای دانشجوی فوق طبق ضوابط اقدام گردد.

مهر و امضای مدیر امور آموزش دانشگاه

دانشجوی فوق الذکر مبلغ ..... جهت صدور کارت المثنی خود به شماره حساب ۴۰۰۱۱۳۷۰۰۳۰۴۲۰۶۷ واریز نموده و رسید  
آن را به مسئول صدور کارت در معاونت آموزشی دانشگاه تحویل نمود.

مسئول صدور کارت دانشجویی

اینجانب ..... کارت دانشجویی المثنی خود را در تاریخ ...../...../..... تحویل گرفتم. بدینوسیله متعهد میشوم که در قبال هر گونه  
سوء استفاده احتمالی از کارت شناسایی مفقود شده اعم از مادی و معنوی در مراجع اداری و قضایی جوابگو بوده و عهده دار خسارات وارده  
به اشخاص حقیقی و حقوقی باشم.

امضای دانشجو