



جمهوری اسلامی ایران

درخواست مرضی کمتر از یک روز



دانشگاه گیلان

۱- وزارت / مؤسسه: دانشگاه فرسنگیان		۲- واحد سازمانی:
۳- تاریخ استفاذه:	۴- مدت استفاذه:	۵- زمان شروع و خاتمه:
ساعت	از ساعت:	تأیید ساعت:
۶- نام و نام خانوادگی درخواست کننده:		۷- اظهار نظر مقام مسئول:
تاریخ:	امضاء:	موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐
تاریخ:	امضاء:	



جمهوری اسلامی ایران

درخواست مرضی کمتر از یک روز



دانشگاه گیلان

۱- وزارت / مؤسسه: دانشگاه فرسنگیان		۲- واحد سازمانی:
۳- تاریخ استفاذه:	۴- مدت استفاذه:	۵- زمان شروع و خاتمه:
ساعت	از ساعت:	تأیید ساعت:
۶- نام و نام خانوادگی درخواست کننده:		۷- اظهار نظر مقام مسئول:
تاریخ:	امضاء:	موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐
تاریخ:	امضاء:	



جمهوری اسلامی ایران

درخواست مرضی کمتر از یک روز



دانشگاه گیلان

۱- وزارت / مؤسسه: دانشگاه فرسنگیان		۲- واحد سازمانی:
۳- تاریخ استفاذه:	۴- مدت استفاذه:	۵- زمان شروع و خاتمه:
ساعت	از ساعت:	تأیید ساعت:
۶- نام و نام خانوادگی درخواست کننده:		۷- اظهار نظر مقام مسئول:
تاریخ:	امضاء:	موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐
تاریخ:	امضاء:	



جمهوری اسلامی ایران

درخواست مرضی کمتر از یک روز



دانشگاه گیلان

۱- وزارت / مؤسسه: دانشگاه فرسنگیان		۲- واحد سازمانی:
۳- تاریخ استفاذه:	۴- مدت استفاذه:	۵- زمان شروع و خاتمه:
ساعت	از ساعت:	تأیید ساعت:
۶- نام و نام خانوادگی درخواست کننده:		۷- اظهار نظر مقام مسئول:
تاریخ:	امضاء:	موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐
تاریخ:	امضاء:	