



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی
جنبدی شاپور اهواز

بیت کالی

فرم شماره ۲

فرم تحویل دستگاه از آزمایشگاه هوا-دانشکده بهداشت

اینجانب..... دانشجوی (کارشناسی/کارشناسی ارشد/دکتری) به شماره دانشجویی.....
در تاریخ..... دستگاه به شماره اموال..... را صحیح و سالم از
آزمایشگاه هوا به مدت..... تحویل گرفتم.

شماره تماس

امضا و اثر انگشت