

جناب آقای دکتر مهرداد حقیقی

معاونت محترم آموزشی دستیاری و تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی

با سلام

احتراماً بدینوسله گواهی میگردد دکتر پذیرفته شده آزمون تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) سال 000 رشته 000 دوره آموزشی، پژوهشی و درمانی خود را بطور تمام وقت از تاریخ .../.../..... در بخش ... مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی ... شروع و در تاریخ .../.../..... به مدت 18 ماه با موفقیت به اتمام رسانیده اند . نامبرده در طول دوره ارزشیابی علمی و عملی قرار گرفته و نمره ارزشیابی پایان دوره ایشان ... از 100 میباشد.

ضمناً ایشان پروژه تحقیقاتی خود را تحت عنوان

....

ارائه نموده که نتیجه آن در جلسه دفاعیه گروه آموزشی دفاع نموده اند و به عنوان مقاله علمی در مجله :

...

به چاپ رسانیده اند □ یا در نوبت چاپ میباشد □ . مراتب به عنوان پایان دوره آموزشی نامبرده در دوره فلوشیپ میباشد.

ضمناً نامبرده به مدت ... روز از مرخصی استحقاقی استغاده نموده اند.

محل امضاء

مدیر برنامه فلوشیپ ...