

آزمون پذیرش فلوشیپ اردیبهشت ماه 94  
فرم مربوط مستخدمین سایر وزارتخانه ها، سازمان ها  
و نهادها

بدینوسیله مراتب موافقت خود را با شرکت آقای/خانم

دکتر.....

دارای رتبه دانشنامه تخصصی رشته .....

کارمند رسمی، پیمانی در آزمون و طی دوره آموزشی در رشته تکمیلی تخصصی

.....(در صورت کسب قبولی) با ماموریت آموزشی ☐ مرخصی بدون

حقوق ☐ اعلام می نماید.

ضمناً با پرداخت تمام/نیمی از شهریه تحصیلی موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐

محل مهر و امضا وزارتخانه

سازمان

نهاد