



بسمه تعالی  
دانشکده بهداشت

شماره:

تاریخ:

پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شهید صدوقی یزد

## گواهی

بدینوسیله گواهی می شود یک نسخه پایان نامه جناب آقای/ سرکار خانم .....  
تحویل اینجانب شد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در پایان نامه	محل امضاء
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			