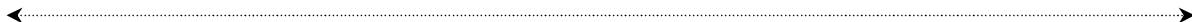




# دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

اداره آمار و فناوری اطلاعات

## درخواست اشتراک اینترنت اداری



نام :

نام خانوادگی :

شماره ملی :

شماره پرسنلی :

سمت :

واحد محل خدمت :

تلفن همراه :

تاریخ اتمام دوره (مخصوص نیروهای طرحی / موقت / حق التدریس):

علت نیاز به اینترنت :

امضاء متقاضی اشتراک

مهر و امضاء تأیید کننده

تاریخ:

تاریخ:

### توضیحات :

- ۱ - لطفاً این فرم را پس از تکمیل، به همراه حکم کارگزینی (یا معرفی نامه از واحد محل خدمت) به اداره آمار و فناوری اطلاعات و ارتباطات دانشکده علوم پزشکی گراش تحویل نمایید.
- ۲ - پرسنل محترم شاغل در مرکز آموزشی درمانی امیرالمؤمنین (ع) گراش، در صورت نیاز می توانند فرم درخواست و مدارک مذکور را به واحد IT مستقر در بیمارستان گراش تحویل نمایند.