



## دبیر محترم آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

با سلام

احتراماً، اینجانب ..... به شماره نظام پزشکی ..... فارغ التحصیل سال ..... با توجه به اینکه امتیاز لازم جهت صدور گواهی نهایی را دارا نیستم (امتیاز موجود ..... امتیاز لازم .....)، خواهشمند است نسبت به اعطای مهلت ..... به اینجانب دستور اقدام مقتضی صادر فرمایید تا شرایط لازم جهت صدور گواهی نهایی را کسب نمایم.

کد ملی :

شماره تلفن همراه :

امضاء: