



باسمه تعالی
فرم درخواست استفاده از مهمانسرای
دانشکده علوم پزشکی گراش

اینجانب با کد ملی شاغل در واحد
متقاضی استفاده از مهمانسرای دانشکده علوم پزشکی گراش می باشم، لذا ضمن قبول تعهدات
و اجرای مقررات آن خواهشمند است نسبت به در اختیار قرار دادن آن به مدت شبانه روز
موافقت فرمایید .

تاریخ استفاده از مهمانسرا

از تاریخ : لغایت :

اسامی همراهان

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		

شماره همراه متقاضی : تاریخ درخواست :

امضا :

آدرس : استان فارس - شهرستان گراش - بلوار امام حسین (ع) - بلوار دانشجو -

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

مدیریت و پذیرش مهمانسرا : آقای پهلوسای ۰۹۱۷۱۸۰۷۲۸۱ - فکس ۰۷۱۵۲۴۴۶۶۳۳