فرم بررسی اعتراض-آزمون پیمانی سازمان سنجش 96

|  |
| --- |
| **داوطلب گرامي : نتيجه درخواست پس ازبررسی حداكثر تا 30/4/97 به جنابعالي كتبا" اعلام ميگردد** |
| توجه: پس از تکمیل از طریق پست پیشتاز به دانشگاه علوم پزشکی شیراز-ساختمان مرکزی طبقه سوم دبیرخانه مدیریت منابع انسانی ارسال فرمایید. |

مدیر یت محترم منابع انسانی

|  |
| --- |
| با سلام واحترام  **اينجانب............................................داوطلب آزمون پيمانی96 سازمان سنجش ،جهت بيمارستان يا مرکز ..........................................................به نتيجه آزمون اعتراض دارم خواهشمندم بررسي و نتيجه به اينجانب اعلام فرمايند .**  **شرح اعتراض (در سه خط ):**  **آدرس دقیق و كد پستي :**  امضا |