



تاریخ:.....  
شماره:.....  
پیوست:.....

### فرم پرداخت کمک هزینه تحصیلی..... ماه، سال.....

#### کارشناس محترم برنامه ریزی دانشکده.....

باسلام، بدینوسیله، به استحضار می‌رساند آقای / خانم ..... دانشجوی دکتری تخصصی رشته .....  
..... ورودی..... جهت دریافت حق پژوهانه تاریخ ..... تا .....  
تاریخ..... واجد شرایط می باشد و پرداخت پژوهانه به نامبرده بلامانع می‌باشد.

امضاء

مدیر گروه

#### معاون محترم آموزشی دانشکده علوم پایه و فناوری های نوین پزشکی و تحصیلات تکمیلی پژوهشگاه رویان.....

با سلام، خواهشمند است مطابق مصوبه مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۹ هیئت رئیسه، نسبت به پرداخت پژوهانه ماه ..... سال .....  
..... آقای / خانم ..... دستور مقتضی را مبذول فرمایید.

امضاء

کارشناس برنامه ریزی دانشکده

#### معاونت محترم پشتیبانی

با سلام و احترام، مراتب جهت استحضار و اقدام مقتضی تقدیم می‌گردد.

امضاء

معاون آموزشی دانشکده علوم پایه و فناوری های نوین علوم پزشکی  
و تحصیلات تکمیلی پژوهشگاه رویان

#### مدیر محترم امور مالی

با سلام و احترام، مراتب جهت استحضار و اقدام مقتضی تقدیم می‌گردد.

امضاء

معاون پشتیبانی

نشانی:

تهران، بزرگراه رسالت  
خیابان بنی هاشم شمالی  
نبش خیابان حافظ شرقی  
ساختمان شهید رعیت  
تلفن: ۲۳۵۶۲۶۳۳  
دورنگار: ۲۳۵۶۲۶۳۴  
صندوق پستی:  
۱۶۶۳۵-۱۴۸