



تاریخ:.....
شماره:.....
پیوست:.....

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

مدیر محترم گروه

باسلام، بدینوسیله، به استحضار می‌رساند آقای / خانم دانشجوی دکتری تخصصی رشته
ورودی..... از تاریخ تا تاریخ..... به مدت ساعت
در آزمایشگاه پژوهشگاه رویان علاوه بر موضوع پایان‌نامه خود، با بنده همکاری نموده، لذا پرداخت پژوهانه
نامبرده بلامانع می‌باشد.

امضاء

استاد راهنما

کارشناس محترم برنامه ریزی دانشکده

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

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