

دانشگاه شهید چمران اهواز

دانشکده کشاورزی

فرم تسویه حساب داخلی گروه گیاه پزشکی

اینجانب:

دانشجوی مقطع:

رشته:

به شماره دانشجویی:

تقاضای تسویه حساب داخلی گروه گیاه پزشکی را دارم.

امضاء دانشجو:

تاریخ:

آزمایشگاه ژنتیک مولکولی	امضاء مسئول:
کلکسیون حشرات	امضاء مسئول:
آزمایشگاه حشره شناسی	امضاء مسئول:
آزمایشگاه بیماری شناسی	امضاء مسئول:
کتابخانه گروه	امضاء مسئول:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ و امضاء:

تاریخ و امضاء: