نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه :       محل صدور :

نام پدر :       تاریخ تولد :      رشت تحصیلی :       شماره دانشجوئی :

نشانی هنگام فراغت از تحصیل و تلفن :

|  |
| --- |
|   |

گواهی می­نماید که دانشجوی مذکور با آزمایشگاه گروه مربوطه ساختمان مرکز تحصیلات تکمیلی دانشکده کشاورزی تسویه حساب نموده است.

کارشناس آزمایشگاه / کارگاه **رئیس مرکز تحصیلات تکمیلی دانشکده کشاورزی**

گواهی می­نماید که دانشجوی مذکور با آزمایشگاه گروه مربوطه ایستگاه تحقیقاتی خلعت پوشان دانشکده کشاورزی تسویه حساب نموده است.

کارشناس آزمایشگاه / کارگاه **رئیس ایستگاه تحقیقاتی خلعت­ پوشان**