

برگه تسویه حساب دانشجویان فلوشیپ دندانپزشکی بیمارستانی

نام و نام خانوادگی: دکتر

شماره دانشجویی: ورودی

رشته تخصصی:

ردیف	نام بخش	نام جمعدار	امضاء
۱	پریودانتیکس		
۲	پروتزهای دندانی (ثابت)		
۳	پروتزهای دندانی (متحرک)		
۴	جراحی دهان و فک و صورت		
۵	ایمپلنت های دندانی		
۶	کتابخانه دندانپزشکی		
۷	حراست دانشکده		
۸	واحد حسابداری دانشکده		
۹	دندان پزشکی کودکان		
۱۰	سمعی بصری		