



بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز
موزه، مرکز اسناد و مطالعات علمی و فرهنگی دکتر نورانی وصال



لازم به ذکر است قبل از تکمیل این فرم، قوانین بازدید موزه را مشاهده و سپس اقدام فرمایید.

به: رئیس محترم موزه و مرکز اسناد و مطالعات دکتر نورانی وصال

از:

احتراما به استحضار می رساند واحد که از واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز میباشد □ نمی باشد □ تقاضای استفاده از آن مکان را به شرح زیر دارد:

۱. تاریخ استفاده:/...../..... ۲. ساعت استفاده: لغایت

۳. تعداد نفرات استفاده کننده: نفر

۴. موضوع جلسه :

۵. آیا تقاضای بازدید از تالار موزه تاریخ پزشکی را دارید؟ بله □ خیر □

۶. آیا در طول برنامه خود، سرو وعده غذایی را دارید؟ بله □ وعده خیر □

۷. شماره فیش واریزی: مبلغ:

۸. شماره درخواست اتوماسیون شده تاریخ درخواست

۹. مشخصات هماهنگ کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: شماره تماس:

۹. فرم های قوانین موزه را خوانده، خود و بازدیدکنندگان همراه را ملزم به رعایت موارد ذکر شده، میدانم. □

امضا

با درخواست فوق موافقت می شود □ نمی شود □

رئیس موزه و مرکز اسناد دکتر نورانی وصال

دکتر شاهرخ قیصری