



بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دانشگاه فنی و حرفه ای

آموزشکده فنی و حرفه ای دختران ایلام

تاریخ:

شماره:

پیوست:

((استشهاد محلی))

اینجانبان امضاء کنندگان ذیل گواهی می دهیم: که کارت دانشجویی به شماره: صادره از به شماره
مورخ متعلق به خانم فرزند دارای شناسنامه شماره صادره از متولد ساکن شهر خیابان کوچه شماره مفقود شده است.

۱- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر اول :

امضاء

۲- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر دوم:

امضاء

۳- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر سوم:

امضاء

*محل تایید یکی از مراجع رسمی : محضر اسناد رسمی / کلانتری محل / یکی از سازمان های دولتی یا یکی از نهاد های انقلابی

آدرس: ایلام - بلوار دانشجو - جنب دانشگاه آزاد اسلامی - صندوق پستی ۶۹۳۱۵ - ۱۳۵

تلفن: ۰۸۴۳-۲۲۴۵۹۷۵ و ۰۸۴۳-۲۲۲۳۰۶۱ نمابر: ۰۸۴۳-۲۲۴۵۹۷۴

آدرس الکترونیکی: <http://d-ilam.tvu.ac.ir>