فرم شماره ۱

فرم درخواست برگزاری مراسم

درخواست فوق العاده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

نام واحد درخواست کننده:	
عنوان مراسم:	
مناسبت مراسم:	
زمان برگزاری:	
تعداد مدعوین:	
مکان برگزاری:	
مخاطبین مراسم:	

دانشجویان		اساتید		کارکنان		سایر با ذکر نام :	

عناوین کامل برنامه ها و برآورد هزینه ها:

نام برنامه:	مجری برنامه	اعتبار مورد نیاز
جمع اعتبار مورد نیاز:		

نام مجموعه های دانشگاه که نیاز به همکاری میباشد:

ردیف	نام مجموعه	نوع همکاری
۱		
۲		
۳		
۴		

توضیحات مورد نیاز:

نام و نام خانوادگی و امضاء دبیر اجرایی مراسم

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول واحد درخواست کننده

امضاء معاونت دانشجویی فرهنگی

امضاء مسئول نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری

امضاء ریاست دانشگاه