

تاریخ :
شماره:
پیوست:



بنا بر وصیت فرزند به شماره شناسنامه صادره از متولد هجری شمسی در رابطه با اهداء جسد خویش به دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (پس از انجام مراحل تغسیل و تکفین)، ورثه مرحوم در کمال صحت و سلامت جسمی و روانی جهت عمل به وصیت متوفی و نیز در جهت اعتلای دانش بشری و خدمت به عرصه علم و فرهنگ این مرز و بوم موافقت تمام و کمال خود را اعلام و تعهد نموده که پس از انتقال جسد به دانشکده پزشکی حق هیچگونه اعتراضی را ندارند و دانشکده پزشکی نیز متعهد می گردد پس از انجام تشریح و اتمام کار، طبق موازین شرعی جسد متوفی را تدفین نماید. نامه فوق الذکر در حضور ریاست محترم دانشکده پزشکی و ورثه مرحوم تنظیم و جهت پیگیری های لازم به گروه علوم تشریحی و معاون محترم اداری- مالی دانشکده ارجاع می شود. این فرم در سه نسخه تنظیم شده که یک نسخه از آن نزد ورثه، یک نسخه در بایگانی گروه و یک نسخه نزد مسئول امور اداری دانشکده محفوظ است. از خداوند متعال طول عمر با عزت برای ورثه و آمرزش و غفران در آخرت برای متوفی مسئلت داریم.

مشخصات همسر و فرزندان:

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	صادره از	کد ملی
۱-				
۲-				
۳-				

مدیر گروه علوم تشریحی	معاونت اداری و مالی دانشکده پزشکی	رئیس دانشکده پزشکی
وبیولوژی سلولی		
امضاء		
تاریخ		

نشانی: مشهد مقدس-بلوار وکیل آباد-پردیس دانشگاه-دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: EbrahimzadehBA@mums.ac.ir