

بسمه تعالی



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دانشگاه ایلام

تاریخ:

شماره:

استشهاد محلی جهت دریافت مدرک المثنی

اینجانبان امضا کنندگان زیر گواهی می دهیم: دانشنامه دائم/ گواهی نامه ی موقت صادره از:

به شماره
مورخ
متعلق به آقای / خانم
فرزند
دارای شماره شناسنامه
صادر از
متولد

به آدرس کامل

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 دفاتر اسناد رسمی