



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی گیلان
دانشکده دندانپزشکی

(بسمه تعالی)

دفتر توسعه آموزش دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی گیلان

گزارش انجام طرح تشویق دانشجویان ممتاز

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:
ترم:	واحد درسی:

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:	شماره پرونده:
شرح درمان:	

توضیحات استاد:

مهر و امضا: