|  |
| --- |
| به نام پروردگار یکتااین فرم پشت و رو است.شماره ثبت:دانشکده علوم پیراپزشکیدرخواست استفاده از سالن اجتماعات دانشکده جهت برگزاری مراسم، کارگاه، سمینار و نظایر آن ها |
| **مشخصات درخواست:** برگزاری مراسم تحت عنوان: متولی برگزاری: تعداد شرکت کنندگان:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | روز هفته | تاریخ | از ساعت | تا ساعت | ردیف | روز هفته | تاریخ | از ساعت | تا ساعت |
| 1 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |

لطفا برنامه مراسم را پیوست نمائید. |
| **مشخصات شرکت کنندگان:** اعضای هیئت علمی دانشکده اعضای هیئت علمی دانشگاه دانشجویان دانشکده دانشجویان دانشگاه کارکنان دانشکده کارکنان دانشگاه  سایر-لطفا نام ببرید: |
| **سوالات: درج پاسخ تمام سوالات توسط متقاضی الزامی است.**1. **آیا برگزاری مراسم مصوبه مرکز خاصی را دارد؟**

 خیر بلی، لطفا نام مرکز تصویب و تاریخ تصویب را بنویسید: (در صورت درخواست، یک نسخه از مصوبه باید پیوست گردد و یا نام و امضای بالاترین مقام مرجع تصویب اخذ گردد)1. **آیا سخنران اصلی، مجری یا برگزار کننده مراسم از اعضای هیئت علمی، کارکنان یا دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد است؟**

 خیر، لطفا نام و مشخصات ایشان را بنویسید: بلی، لطفا نام و مشخصات ایشان را بنویسید:1. **آیا برای برگزاری مراسم از شرکت کنندگان هزینه ای دریافت می شود؟**

 خیر بلی، لطفا نام مرجع دریافت کننده هزینه را بنویسید:1. **آیا سخنران (سخنرانان) مراسم بابت برگزاری مراسم، دستمزد، حق الزحمه، حق التدریس یا نظایر آن ها را دریافت می کند؟**

 خیر بلی، لطفا نام مرجع پرداخت کننده را بنویسید: |
| **مشخصات متقاضی:** اینجانب فرزند با کد ملی (یا شماره دانشجویی)و سمت با مطالعه و پذیرش نکات مندرج در پشت این برگه، صحت مطالب فوق را تایید می کنم. تاریخ: امضا |
| **درخواست فوق موافقت مراجع زیر را نیاز دارد:** رئیس دانشکده: نظر  تاریخ امضا معاون دانشکده: نظر  تاریخ امضا حراست دانشکده: نظر  تاریخ امضا نظر  تاریخ امضا |
| **هزینه اجاره سالن به عدد ریال و به حروف ریال می باشد که بایستی به حساب شماره 166666646 بانک رفاه شعبه بیمارستان قائم (عج) به نام هدایا و کمک های مردمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قابل پرداخت از تمامی شعب بانک رفاه، واریز و اصل فیش واریزی به حسابداری دانشکده و تصویر آن به معاونت آموزشی دانشکده تحویل گردد.** |
| **نکات مهم:**1. **پیگیری این درخواست تا اخذ تایید نهایی با متقاضی است و تحویل فرم تکمیل شده توسط متقاضی تعهدی برای دانشکده ایجاد نمی کند.**
2. **پذیرایی نوشیدنی نظیر چای، قهوه، آبمیوه، نوشابه و نظایر آن ها در داخل سالن مجاز نمی باشد. در صورت نیاز، تدارکات لازم برای پذیرایی در خارج سالن قابل ارائه خواهد بود.**
3. **تهیه مواد مصرفی مورد نیاز، خدمه و پذیرایی بر عهده متقاضی است و در صورت نیاز با هماهنگی قبلی و اخذ هزینه که به صورت جداگانه محاسبه و دریافت می گردد، قابل ارائه خواهد بود.**
4. **جبران خسارات احتمالی و هرگونه ضرر و زیان وارده به سالن و امکانات آن بر عهده متقاضی است**
5. **اخذ کلیه مجوزهای قانونی جهت برگزاری مراسم بر عهده متقاضی است و در صورت درخواست دانشکده قبل از برگزاری مراسم باید ارائه گردد.**
6. **متقاضی مسئول رعایت کلیه شئونات اسلامی و قانونی شرکت کنندگان در حین برگزاری مراسم بوده و باید کل برنامه مراسم را قبلاً در اختیار دانشکده قرار دهد. استفاده از برنامه هایی که قبلاً‌ هماهنگ نشده اکیداً ممنوع و مسئولیت آن بر عهده متقاضی است.**
7. **نصب هر گونه پلاکارد،‌ پوستر، تابلو،‌ گل آرائی و نظایر آن ها در داخل و خارج سالن ممنوع می باشد.**
8. **پرداخت هر گونه وجه نقد به هر فردی مطلقا ممنوع است و دانشکده مسئولیتی در قبال پرداخت چنین وجوهی ندارد.**
 |
| **تایید پرداخت مبلغ:**بدینوسیله تایید می گردد که مبلغ مندرج در ظهر این برگه به شماره حساب اعلام شده طی فیش شماره مورخ واریز شده است.  نام و نام خانوادگی رئیس حسابداری دانشکده: تاریخ: امضا |
| **تایید نهایی:**برگزاری مراسم طبق مشخصات مندرج در این فرم بلامانع است. نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضارونوشت: رئیس محترم دانشکده جهت استحضار معاون محترم جهت اطلاع و صدور دستور اقدامات مقتضی مدیر محترم گروه آموزشی جهت اطلاع و هماهنگی رئیس محترم اداره آموزش دانشکده جهت اطلاع و صدور دستور اقدامات مقتضی مسئول محترم حراست دانشکده جهت اطلاع و صدور دستور اقدامات مقتضی مسئول محترم روابط عمومی دانشکده جهت اطلاع و پوشش خبری  |

**ویرایش دوم-9/9/1398**