|  |
| --- |
| به نام پروردگار یکتا  این فرم پشت و رو است.  شماره ثبت:  دانشکده علوم پیراپزشکی  درخواست 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: امضا  رونوشت:  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**