



درخواست انتقال دائم

شماره:
تاریخ:
پیوست

مدیر محترم گروه

اینجانب..... دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی ورودی سال..... دوره: روزانه شهریه پرداز به دلایل ذیل؛ متقاضی انتقال به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی..... در نیمسال اول/ دوم سال تحصیلی..... میباشم:

-۱

-۲

در ضمن متعهد میگردم که: هرگونه اشکال آموزشی و عواقب ناشی از انتقال را می پذیرم.

*آدرس محل سکونت و تلفن تماس در مواقع ضروری:

تاریخ و امضاء دانشجو

رئیس محترم دانشکده

درخواست نامبرده از نظر گروه آموزشی بلامانع می باشد.

مدیر گروه

استاد مشاور

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

احتراماً انتقال دانشجو با مشخصات فوق بنا بر دلایل و مدارک ارائه شده و با توجه به مقررات آموزشی در شورای آموزشی دانشکده مورخ مطرح و مورد موافقت قرار گرفت/ نگرفت.

رئیس دانشکده

مدیر محترم آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

با سلام و احترام

انتقال دانشجو با مشخصات فوق در نیمسال اول - دوم سال تحصیلی مورد موافقت این دانشگاه می باشد. خواهشمند است چنانچه آن دانشگاه/ دانشکده با انتقال نامبرده موافقت دارد اعلام تا نسبت به ارسال مدارک لازم اقدام گردد.

مدیر آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه