



فرم درخواست انتقالی دانشجویان

دانشجو

استاد محترم راهنما

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته با شماره دانشجویی مقطع دوره بنا به دلایل ذیل ، متقاضی انتقالی به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشم . خواهشمند است دستور فرمایید اقدام مقتضی بعمل آید .

دلایل :

- تاهل با ذکر تاریخ و ارائه گواهی
- دارای فرزند با ذکر تعداد و سن آنها
- دارای بیماری جسمی و روحی با ارائه گواهی
- مشکلات خانوادگی با ذکر مشکل و ارائه گواهی
- بروز حادثه یا فوت سرپرست خانواده (در صورت بعهدہ داشتن کفالت خانواده کپی مدرک لازم است)
- سایر موارد (با ذکر دلایل)
- شاغل با ذکر محل اشتغال و گواهی اشتغال به کار
- خانواده شهید با ارائه گواهی معتبر
- مشکلات مالی با ارائه گواهی (تحت پوشش کمیته امداد یا بهزیستی)

شماره تماس

آدرس محل سکونت دانشجو

تاریخ و امضاء دانشجو

نظر استاد راهنما :

امضاء و تاریخ

استاد راهنما

با توجه به نظر استاد راهنما و باستناد مصوبه شورای آموزشی گروه مورخ با تقاضای مشارالیه موافقت می شود موافقت نمی شود .

نظر گروه آموزشی

امضاء و تاریخ

مدیر گروه آموزشی

آموزش دانشکده

تعداد گروه دانشجویی در حال حاضر نفر

نیمسال تحصیلی ورود به دانشگاه تعداد واحد درسی گذرانده میانگین کل نمرات در حال حاضر دانشجوی ترم : اول دوم سوم چهارم پنجم ششم هفتم هشتم می باشد. ترم آینده کارآموزی دارد ندارد در ترم های گذشته از تسهیلات میهمانی استفاده کرده است استفاده نکرده است با توجه به تطابق شرایط تحصیلی دانشجو و تایید نظر گروه آموزشی مراتب جهت طرح در شورای آموزشی دانشکده بلامانع است .

امضاء و تاریخ

کارشناس خدمات آموزشی

شورای آموزشی دانشکده

با درخواست انتقالی مشارالیه موافقت می شود موافقت نمی شود .

تاریخ و امضاء

معاون آموزشی پژوهشی دانشکده بهداشت