

ویژه دانشجویان مقطع کاردانی و کارشناسی پیوسته



درخواست تغییر رشته توام با انتقال

دانشکده بهداشت
استاد راهنما جناب آقای / سرکار خانم
با سلام

احتراما اینجانب دانشجوی رشته بهداشت مقطع با شماره دانشجویی
ورودی مهر / بهمن نیمسال اول / دوم سال تحصیلی..... سهمیه قبولی که تا کنون تعداد ___ واحد درسی را با
میانگین کل ___ گذرانده ام متقاضی تغییر رشته به رشته دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده
..... می باشم .
آدرس محل سکونت :

امضاء تاریخ

نظریه استاد راهنما :

با درخواست نامبرده موافقت می شود موافقت نمی شود

امضاء و نام و نام خانوادگی استاد راهنما

نظریه مدیر گروه مربوطه :

با درخواست نامبرده موافقت می شود موافقت نمی شود

امضاء و نام و نام خانوادگی مدیر گروه

نظریه معاون آموزشی دانشکده :

بر اساس ضوابط ومقررات انتقالی توام با تغییر رشته آقای / خانم دانشجوی رشته
مقطع دوره به رشته به دانشگاه یا دانشکده از نیمسال اول / دوم سال تحصیلی.....
موافقت می شود موافقت نمی شود

امضاء و نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده

تذکر : بر اساس ضوابط ومقررات ، در مقطع کارشناسی ناپیوسته تغییر رشته ممنوع می باشد .