



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گراش
فرم درخواست انتقال

تاریخ:
شماره:

اینجانب با مشخصات زیر درخواست انتقال به دانشگاه/دانشکده را دارم.

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:	کد ملی:
نام پدر:	محل تولد:	محل سکونت:	شماره تماس:
سهمیه قبولی:	تعداد واحدهای گذرانده:		

- آیا تا به حال انتقال و یا جا به جایی انجام داده اید؟ بلی خیر
 - آیا دانشجوی بورسیه هستید؟ در صورت مثبت بودن، بورسیه کدام نهاد یا موسسه می باشید؟ بلی خیر نهاد یا موسسه:
 - آیا کفیل خانواده می باشید؟ بلی خیر
 - آیا فرزند شاهد، جانباز، معلول می باشید؟ مشخص کنید. شاهد جانباز معلول
 - آیا بعد از قبولی در دانشگاه (جهت خواهران) ازدواج نموده اید؟ بلی خیر
 - بدلیل تغییر محل اشتغال شوهر؟ بلی خیر
 - ابتلا به بیماری صعب العلاج؟ بلی خیر
 - آیا تاکنون مشروط شده اید؟ بلی خیر
- نکته- در صورت مثبت بودن هر کدام از موارد فوق مدارک مربوطه پیوست درخواست گردد.

تاریخ و امضا دانشجو

انتقال دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلائل و مدارک ارائه شده از نظر این واحد آموزشی بلا مانع می باشد.

مدیر خدمات آموزشی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراماً نظر به درخواست دانشجو با مشخصات فوق، و موافقت این دانشکده مبنی بر انتقال به دانشگاه/ دانشکده خواهشمند است مراتب مورد بررسی قرار گرفته و نتیجه را به این امور اعلام فرمائید تا نسبت به ارسال مدارک تحصیلی اقدام گردد.

معاونت آموزشی، پژوهشی و دانشجویی
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش