



بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم درخواست انتقال بر اساس کارنامه محرمانه

اینجانب با مشخصات زیر درخواست انتقال به دانشگاه/دانشکده در نیمسال بر اساس کارنامه محرمانه را دارم.

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:	کد ملی:
نام پدر:	محل تولد:	محل سکونت:	شماره تماس:

خواهشمند است در خصوص تقاضای انتقال اینجانب دستور به اقدام لازم مبذول نمایید.

تاریخ و امضاء دانشجو

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی

با سلام و احترام

ضمن تأیید مندرجات فوق به اطلاع می رساند نامبرده از نظر مقررات آموزشی مجاز به ادامه تحصیل در کد رشته می باشد و بر این اساس تغییر رشته از به بلامانع می باشد.

مدیر گروه رشته

استاد مشاور

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

ضمن ارسال تقاضای انتقال آقای/خانم دانشجوی رشته مقطع خواهشمند است مقرر فرمائید درخواست نامبرده را جهت نیمسال سال تحصیلی بررسی نموده و نتیجه را به این اداره اعلام نمایند.

معاون آموزش و تحقیقات و فناوری
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

مدیر امور آموزشی تحصیلات تکمیلی

رئیس دانشکده...