



بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تقاضای انتقال به صورت میهمان تک درس

اینجانب با مشخصات زیر درخواست انتقال به صورت میهمان تک درس به دانشگاه/دانشکده در نیمسال را دارم.

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

در ضمن متعهد می گردم:

- 1- صرفاً واحدهای مشخص شده توسط دانشکده مبدا (علوم پزشکی گراش) را در دانشگاه/دانشکده مقصد بگذرانم. در غیراین صورت در مورد عدم پذیرش واحدهای گذرانده اعتراضی نخواهم داشت.
- 2- هر گونه مشکل آموزشی حاصل از میهمانی را عهده دار و عواقب ناشی از آن را بپذیرم.
- 3- در صورت عدم موافقت دانشگاه/دانشکده مقصد با میهمانی، موظف خواهم بود ضمن اعلام مراتب در اسرع وقت برابر تقویم دانشگاهی جهت انتخاب واحد به دانشکده مبدا مراجعه نمایم.
- 4- موظف خواهم بود پس از اتمام میهمانی با دانشگاه/دانشکده مقصد تسویه حساب نموده، و پیگیری لازم در مورد ارسال نمره ها به دانشکده مبدا را انجام دهم.
- 5- حداقل نمره قبولی در دانشگاه/دانشکده مقصد ۱۲ می باشد و واحدهای گذرانده ای که نمره آنها کمتر از ۱۲ است باید مجدداً در دانشکده مبدا اخذ نمایم.

تاریخ و امضاء دانشجو

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی

ضمن موافقت با درخواست میهمانی نامبرده، واحدهایی را که دانشجو مجاز به انتخاب می باشد به شرح جدول زیر با رعایت پیش نیاز و سقف واحد در هر ترم اعلام میگردد. در ضمن معدل نامبرده در نیمسال برابر می باشد.

ردیف	نام درس	تعداد واحد	
		نظری	عملی
۱			
۲			
۳			

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

سرپرست دانشکده

مدیر گروه رشته

استاد مشاور

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراماً نظر به درخواست دانشجو با مشخصات فوق و موافقت این دانشکده مبنی بر میهمان به صورت تک درس در آن دانشگاه/دانشکده خواهشمند است مراتب مورد بررسی و نتیجه را به این امور اعلام فرمائید.

معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش