|  |
| --- |
| توسط دانشجو تکمیل شود. |

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی:............................................................ شماره دانشجویی:..................................................... رشته:................................................مقطع:..................................................... ورودی:....................................... وضعیت: عادی مهمان انتقالآدرس:..........................................................................................................................................................................................................................................................................تلفن تماس:...............................................................**موضوع درخواست:** اخذ درس حذف درس حذف ترم حذف پزشکی انصراف  ثبت نمره(مهمانی/ انتقالی) مرخصی تحصیلی تطبیق دروس مهمان رفتن سایر موارد **شرح درخواست:****................................................................................................................................................................................................................................****................................................................................................................................................................................................................................****................................................................................................................................................................................................................................****................................................................................................................................................................................................................................**مدارک لازم، جهت بررسی تقاضا پیوست می­باشد. تاریخ: امضاء:  |

|  |
| --- |
| توسط کارشناس تحصیلات تکمیلی تکمیل شود. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| سابقه طرح مشکل در شورای قبل | کارنامه تحصیلی نامبرده پیوست می­باشد |

توضیحات:نام و نام خانوادگی کارشناس تحصیلات تکمیلی: تاریخ: مهر و امضاء: |

|  |
| --- |
| نظر شورای تحصیلات تکمیلی |
| درخواست نامبرده از نظر قوانین آموزشی این گروه مورد موافقت مخالفت قرار گرفت. تاریخ: امضاء مدیر گروه:  |
| درخواست نامبرده در شورای تحصیلات تکمیلی شماره .................... مورخ .............................. مطرح و مورد موافقت مخالفت قرار گرفت.  تاریخ: امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی |