وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بم

درخواست تغییر رشته

معاونت محترم آموزشی دانشکده

احتراما اینجانب دارای شماره شناسنامه صادره از فرزند متولد دانشجوی رشته ورودی سهمیه دوره روزانه / شبانه که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد درسی را با میانگین کل گذرانده ام متقاضی تغییر رشته به رشته به دانشگاه می باشم .

ضمنا کلیه مشکلات آموزشی ناشی از تغییر رشته را می پذیرم .

 امضاء دانشجو : تاریخ :

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی بم تاریخ : شماره :

احتراما ضمن تایید مندرجات فوق مراتب با نظر موافق شورای آموزشی دانشکده جهت هر گونه اقدام مقتضی ارسال می گردد . ضمنا دانشجو شرایط تغییر رشته (گذراندن 6/1 کل واحد ها و داشتن میانگین کل 12 ) را داراست .

امضاء و مهر رئیس آموزش دانشکده امضاء و مهر معاون آموزشی دانشکده

اداره کل آموزش دانشگاه تاریخ : شماره :

احتراما ضمن ارسال عین درخواست دانشجوی فوق الذکر و تایید دانشکده با نظر موافق خواهشمند است ضمن بررسی لازم نتیجه را به این اداره کل اعلام فرمائید .

ضمنا دانشجو کد رشته آن دانشگاه را بر اساس کارنامه تغییر رشته و انتقال دارا می باشد .

 مدیر کل آموزش

بم – بلوار خلیج فارس – پردیس دانشگاه علوم پزشکی

تلفن : 44219245-034نمابر 44219248-034