



فرم شماره ۱

بسمه تعالی
معاونت آموزشی
مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی
درخواست انتقال توأم با تغییر رشته

الف) درخواست دانشجوی

اینجانب دانشجوی رشته دوره به شماره دانشجویی ورودی سال / با بدون سهمیه ایثار گری و با گذراندن تعداد واحد درسی و با معدل کل به دلایل ذیل متقاضی تغییر رشته تحصیلی خود به رشته مقطع در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی در نیمسال اول / دوم / تابستان سال تحصیلی می باشم. و متعهد می شوم همه ضوابط و مقررات مربوط به انتقال را کاملاً مطالعه نموده و به آنها آگاهی داشته و در صورت انصراف از این درخواست یا عدم پذیرش دانشگاه مقصد ظرف مدت دو هفته مدارک را به آموزش کل دانشگاه باز گردانم.

۱.

۲.

آدرس دقیق دانشجو: تلفن:

امضا دانشجو

.....

ب) نظریه استاد مشاور: مهر و امضا استاد مشاور

.....

ج) نظر دانشکده

تغییر رشته با مشخصات فوق با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده در شورای آموزشی دانشکده (جلسه تاریخ) مطرح و موارد موافقت قرار گرفت/ نگرفت.

ریاست دانشکده

.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شماره:

تاریخ:

پیوست:

تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق مورد موافقت این دانشگاه می باشد خواهشمند است چنانچه آن دانشگاه / دانشکده با انتقال نامبرده موافقت دارد اعلام فرماید تا نسبت به ارسال مدارک لازم اقدام مقتضی صورت گردد.

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه



فرم شماره ۲

بسمه تعالی

معاونت آموزشی

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست انصراف از تحصیل

ریاست / سرپرست محترم دانشکده

اینجانب فرزند شماره شناسنامه صادره از دانشجوی رشته مقطع روز/ ماه/ سال تحصیلی و سهمیه بومی/ ایثارگری درصد با آگاهی کامل نسبت به مقررات آموزشی، درخواست انصراف از تحصیل در نیمسال اول/ دوم را داشته و تمامی عواقب ناشی از آن را بعهده می گیرم. خواهشمند است در این خصوص اعلام نظر فرمائید.

تاریخ: و امضا

.....

مهر و امضا استاد مشاور نظریه استاد مشاور:

.....

نظریه امور مالی:

امضاء امور مالی

.....

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه تاریخ:

شماره:

بدینوسیله درخواست دانشجوی به حضور ارسال میگردد.

امضا ریاست / سرپرست دانشکده

.....

نظریه مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه تاریخ: شماره:

با عنایت به جلسه کمیته منتخب شورای آموزشی دانشگاه شماره تاریخ مطرح و با درخواست نامبرده موافقت گردید.

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه



فرم شماره ۳

بسمه تعالی
دانشگاه علوم پزشکی بم
معاونت آموزشی
مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی
فرم درخواست مرخصی تحصیلی

سرپرست / ریاست محترم دانشکده

با سلام و احترام

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از دانشجوی ترم رشته دوره مقطع ورودی و با شماره دانشجویی با / بدون سهمیه ایثارگری در خصوص مرخصی تحصیلی نسبت به مقررات آموزشی آگاهی کامل داشته و تمامی عواقب ناشی از آن را بر عهده می گیرم. خواهشمند است در این خصوص دستور مقتضی صادر فرمائید.

دلایل دانشجو:

- ۱-
- ۲-

تاریخ و امضا دانشجو

.....

نظریه استاد مشاور :

مهر و امضا استاد مشاور

.....

نظریه دانشکده.....

درخواست دانشجو در جلسه شورای آموزشی دانشکده با شماره و تاریخ مطرح شد و با درخواست نامبرده موافقت می شود/ نمی شود.

مهر و امضا ریاست دانشکده

.....

نظریه مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بم

درخواست دانشجو در شورای آموزشی دانشگاه شماره تاریخ مطرح شد و با احتساب در سنوات تحصیلی / بدون احتساب در سنوات مورد موافقت قرار گرفت/ نگرفت و نتیجه به دانشکده اعلام گردید.

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه



فرم شماره ۴

بسمه تعالی
معاونت آموزشی
مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی
درخواست تغییر رشته

الف) درخواست دانشجو

اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی ورودی سال با گذرانیدن تعداد واحد درسی و با معدل کل رشته تحصیلی خود به رشته مقررات مربوطه به تغییر رشته را کامل مطالعه نموده و به آنها آگاهی داشته و در صورت انصراف از این درخواست، ظرف مدت دو هفته اداره کل آموزش دانشگاه را از نتیجه درخواست مطلع کنم.

۱-

۲-

آدرس دقیق دانشجو :

تلفن :

امضا دانشجو

.....

ب) نظریه استاد مشاور:

مهر و امضا استاد مشاور

.....

شماره : تاریخ :

ج) نظریه دانشکده

درخواست تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده در شورای آموزشی دانشکده (جلسه شماره تاریخ :) مطرح و مورد موافقت قرار گرفت/ نگرفت.

مهر و امضا ریاست دانشکده

.....

د) نظریه شورای آموزشی دانشگاه

درخواست تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده در شورای آموزشی دانشکده (جلسه شماره تاریخ :) مطرح و مورد موافقت قرار گرفت/ نگرفت.

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه



فرم شماره ۵

بسمه تعالی
معاونت آموزشی
مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی
درخواست رسیدگی به مشکلات دانشجویی

الف) درخواست دانشجو

یَنجانب دانشجوی رشته دوره به شماره دانشجویی ورودی سال با/ بدون سهمیه

و... که در ذیل آمده است جهت بررسی اعلام می دارم.

۱.

۲.

امضا دانشجو

ب) نظریه استاد مشاور به صورت کامل (در صورت نیاز مستندات ضمیمه شود):

مهر و امضا استاد مشاور

ج) نظریه دانشکده :

ریاست دانشکده

د) نظریه آموزش کل و تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

نتیجه نهایی:

مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه