**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بم**

**درخواست انتقال موقت(میهمانی)**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

احتراماً اینجانب دانشجوی رشته ورودی دوره روزانه/شبانه که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد را با میانگین کل گذرانده ام متقاضی میهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال سال تحصیلی می­باشم.

1-کلیه مشکلات آموزشی حاصل از میهمان شدن را عهده دار و عواقب ناشی از آن را می­پذیرم. **امضاء دانشجو**

2-در پایان دوره میهمانی در خصوص ارسال سریع نمرات به دانشگاه مبدا پیگیری و اقدام نمایم.

3-تنها به انتخاب واحدهای پیشنهادی از طرف دانشکده به شرح زیر اقدام نمایم.

4-پس از پایان دوره میهمانی در موعد مقرر جهت انتخاب واحد به دانشگاه مبدا مراجعه نمایم. **تاریخ:**

**اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی بم تاریخ : شماره:**

احتراماً ضمن تایید مندرجات فوق مراتب با نظر موافق استاد مشاور محترم دانشجو و موافقت شورای آموزشی دانشکده جهت هر گونه اقدام مقتضی ارسال می­گردد.ضمناً لیست واحدهای پیشنهادی با توجه به مقررات آموزشی به شرح زیر می­باشد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام درس | تعداد واحد | ردیف | نام درس | تعداد واحد | ردیف | نام درس | تعداد واحد |
| 1  2  3  4 |  |  | 5  6  7  8 |  |  | 9  10  11  12 |  |  |

**امضاء استاد مشاور امضاء و مهر رئیس آموزش دانشکده امضاء و مهر معاون آموزشی دانشکده**

**اداره کل آموزش دانشگاه تاریخ: شماره:**

احتراماً با توجه به درخواست دانشجوی فوق الذکر و نظریه دانشکده ضمن موافقت با میهمان شدن خواهشمند است در صورت موافقت مراتب را اعلام و در پایان ترم نمرات اخذ شده را ارسال فرمائید.

ضمناً تنها نمرات واحدهای قید شده مورد پذیرش می­باشد.

دانشجویان مشروط حق انتخاب بیش از 14 واحد را ندارند.

**مدیر کل آموزش**

**بم-خلیج فارس-پردیس دانشگاه علوم پزشکی**

**تلفن:44219245-034 نمابر44219248-034**