**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

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

**درخواست انتقال**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

احتراماً 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 انتقال به دانشگاه علوم پزشکی می­باشم.

ضمناًکلیه مشکلات آموزشی حاصل از این امر و عواقب ناشی از آن را می­پذیرم.

در صورت موافقت دانشگاه مبدا با انتقال حداکثر پس از یکماه جهت تسویه حساب مراجعه نمایم.

 **امضاء دانشجو: تاریخ:**

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

احتراماً ضمن تایید مندرجات فوق مراتب با نظر موافق شورای آموزشی دانشکده جهت هر گونه اقدام مقتضی ارسال می­گردد. و به اطلاع می­رساند که دانشجو از لحاظ مقررات و آئین نامه های آموزشی شرایط انتقال را دارند.

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

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

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

**مدیر کل آموزش**

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

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