**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

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

**درخواست تغییر رشته**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

احتراماً اینجانب دارای شماره شناسنامه صادره از فرزند متولد دانشجوی رشته سهمیه ورودی 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 می­باشم.

ضمناًکلیه مشکلات آموزشی ناشی از تغییر رشته را می­پذیرم.

 **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. ضمناً دانشجو شرایط تغییر رشته (گذراندن 6/1 کل واحدها 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:**

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.

**ضمناً 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:44219245-034 نمابر44219248-034**