

درخواست تغییر رشته توأم با انتقال

مدیر متمرکزه گروه آموزشی

با سلام

احتراماً اینجانب..... دانشجوی رشته مقطع..... با شماره دانشجویی.....
ورودی..... نیمسال..... سال تحصیلی..... سهمیه قبولی که تا کنون تعداد واحد درسی را
با میانگین کل گذرانده ام متقاضی تغییر رشته به رشته دانشگاه
یا دانشکده این دانشگاه می باشم .

آدرس سکونت : تاریخ امضاء

معاون متمرکزه دانشکده.....

با درخواست نامبرده موافقت میشود موافقت نمیشود

امضاء و نام ونام خانوادگی استاد راهنما امضاء و نام ونام خانوادگی مدیر گروه

مدیریت متمرکزه امور آموزشی دانشکده علوم پزشکی ساوه

تاریخ
شماره
پیوست

با سلام

تغییر رشته آقای / خانم دانشجوی رشته بر اساس ضوابط مربوطه از نظر این
دانشکده بلامانع است .

مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تاریخ
شماره
پیوست

با سلام

احتراماً با توجه به موارد فوق خواشمنداست دستور فرمائید در خصوص انتقال توأم با تغییررشته خانم/آقای
دانشجوی رشته این دانشگاه به رشته آن دانشگاه از نیمسال اول / دوم
سال تحصیلی اظهار نظر و نتیجه را جهت اقدام بعدی به این دانشگاه اعلام گردد.

مدیر امور آموزشی
دانشکده

رونوشت : سرپرست دانشکده جهت اطلاع