

شماره :

تاریخ :

فرم درخواست انصراف از تحصیل دانشجوی

معاون محترم آموزش علوم پایه دانشکده پزشکی / سرکار خانم / جناب آقای

معاون محترم آموزش بالینی دانشکده پزشکی / سرکار خانم / جناب آقای

معاون محترم آموزش دانشکده پرستاری و پیراپزشکی / سرکار خانم / جناب آقای

اینجانب : به شماره دانشجویی : به شماره ملی :

فرزند: محل تولد : دانشجوی نیمسال : سال تحصیلی :

رشته : مقطع : با شماره تماس :

به دلیل

۱-.....

۲-.....

۳-.....

۴-.....

..... تقاضای انصراف از تحصیل را دارم.

اظهار نظر استاد مشاور:

.....

.....

.....

اظهار نظر کارشناس آموزش دانشکده :

.....

.....

.....

اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده مربوطه :

.....

.....

توضیحات :

- دانشجوی گرامی پس از دریافت نظر معاون آموزشی دانشکده مربوطه جهت شماره دار کردن نامه به دبیرخانه مراجعه نمایند.

- جهت پی گیریهای بعدی شماره نامه را به همراه داشته باشید.