

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

اداره کل خدمات آموزش و مدارک تحصیلی

(فرم انتقال به صورت میهمان)

اینجانب دانشجوی رشته ورودی به شماره دانشجویی در نیمسال سال تحصیلی را دارم.

به دلایل ذیل تقاضای میهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی

۱-
۲-
۳-
۴-
۵-

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشکده با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال مذکور جهت گذراندن واحدهای ذیل موافقت می نماید.

ردیف	نام درس	تعداد واحد		ردیف	نام درس	تعداد واحد	
		نظری	عملی			نظری	عملی
۱				۸			
۲				۹			
۳				۱۰			
۴				۱۱			
۵				۱۲			
۶				۱۳			
۷				۱۴			

معاون آموزشی دانشکده

امور آموزشی دانشکده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراماً، نظر به درخواست دانشجوی فوق و موافقت دانشکده مربوطه مبنی بر میهمانی در آن دانشگاه خواهشمند است مراتب مورد بررسی و نتیجه را به این امور اعلام فرمائید.

معاونت آموزش و پژوهشی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

توجه:

- ۱- نمرات کمتر از ۱۲ پذیرفته نمی شود و دانشجو موظف به تکرار درس می باشد.
- ۲- مسئولیت پیگیری در ارسال نمرات به عهده دانشجو می باشد.
- ۳- مسئولیت هر گونه مشکلات ناشی از این تقاضا صرفاً بعهدہ دانشجو می باشد.