

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 به شماره ملی صادره از دانشگاه جهت گذراندن دروس ذیل در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی موافقت فرمایید. در ضمن با اطلاع کامل و پذیرش موارد ذیل: ۱. هرگونه اشکال آموزشی و عواقب ناشی از میهمان شدن بر عهده خودم خواهد بود. ۲. نمرات کمتر از ۱۲ پذیرفته نخواهد شد. ۳. فقط نمرات واحدهای قید شده پذیرفته خواهد شد. بنابراین متعهد می گردم که کارنامه تحصیلی دوره میهمانی ام را حداکثر ۲۵ روز پس از پایان امتحانات به آموزش دانشگاه ارائه نمایم و در موارد یاد شده حق هیچ گونه اعتراضی نداشته باشم.

دلایل:

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشکده علوم پزشکی گراش با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی واحدهای ذیل موافقت می نماید.

| ردیف | نام درس | تعداد واحد | | ردیف | نام درس | تعداد واحد | |
|------|---------|------------|------|------|---------|------------|------|
| | | نظری | عملی | | | نظری | عملی |
| ۱ | | | | ۹ | | | |
| ۲ | | | | ۱۰ | | | |
| ۳ | | | | ۱۱ | | | |
| ۴ | | | | ۱۲ | | | |
| ۵ | | | | ۱۳ | | | |
| ۶ | | | | ۱۴ | | | |
| ۷ | | | | ۱۵ | | | |
| ۸ | | | | ۱۶ | | | |

معاون آموزشی دانشکده

امور آموزشی دانشکده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراما" ، 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