



بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

فرم انتقال به صورت میهمان

اینجانب با مشخصات و دلایل زیر درخواست انتقال به صورت میهمان به دانشگاه/دانشکده ..... در نیمسال ..... را دارم.

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:	کدملی:
نام پدر:	محل تولد:	محل سکونت:	شماره تماس:

دلایل:
۱-
۲-
۳-

در ضمن متعهد می گردم:

- ۱- صرفاً واحدهای پیشنهادی دانشکده مبدا (علوم پزشکی گراش) را در دانشگاه مقصد بگذرانم. در غیراین صورت در مورد عدم پذیرش واحدهای گذرانده اعتراضی نخواهم داشت.
- ۲- هر گونه مشکل آموزشی حاصل از میهمانی را عهده دار و عواقب ناشی از آن را بپذیرم.
- ۳- در صورت عدم موافقت دانشگاه/دانشکده مقصد با میهمانی، موظف خواهم بود ضمن اعلام مراتب در اسرع وقت برابر تقویم دانشگاهی جهت انتخاب واحد به دانشکده مبدا مراجعه نمایم.
- ۴- موظف خواهم بود پس از اتمام میهمانی با دانشگاه/دانشکده مقصد تسویه حساب نموده، و پیگیری لازم در مورد ارسال نمره ها به دانشکده مبدا را انجام دهم.
- ۵- حداقل نمره قبولی در دانشگاه/دانشکده مقصد ۱۲ می باشد و واحدهای گذرانده ای که نمره آنها کمتر از ۱۲ است باید مجدداً در دانشکده مبدا اخذ نمایم.

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشکده علوم پزشکی گراش با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی واحدهای ذیل موافقت می نماید. در ضمن معدل دانشجوی نامبرده در نیمسال برابر می باشد.

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			

مدیر خدمات آموزشی دانشکده

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

احتراماً نظر به درخواست دانشجو با مشخصات فوق و موافقت این دانشکده مبنی بر میهمانی در آن دانشگاه/دانشکده 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