

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

اداره کل آموزش خدمات و مدارک تحصیلی

(فرم تقاضای تغییر رشته توأم با انتقال)

معاون محترم آموزشی دانشکده

اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... دانشجوی ورودی سال ... رشته ..... مقطع ..... که تاکنون ..... واحد را با معدل کل ..... به میزان ..... درصد از کل واحدهای مقطع فعلی را گذرانده ام و در نیمسال اول/دوم ..... به دانشگاه/دانشکده ..... می باشم. الف: دلایل تقاضا (لطفا دلایل خود را با علامت مشخص نمایید)

۱- بورسیه بودن در سازمان ( )

۲- دارا بودن کفالت رسمی خانواده بعد از قبولی اینجانب در دانشگاه

۳- جانباز  فرزند جانباز  درصد جانبازی ( ) سهمیه شاهد

۴- تاکنون از دانشگاه دیگری منتقل و یا جابجا نشده ام.

مدارک ضمیمه:

۱ -  
۲ -  
۳ -

امضاء دانشجو و تاریخ

تاریخ:

اداره کل آموزش

شماره:

احتراما به اطلاع می رساند که تقاضای تغییر رشته توأم با انتقال دانشجو با مشخصات بالا از ..... نیمسال: ..... سال تحصیلی: ..... مورد موافقت قرار گرفت/قرار نگرفت.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

تاریخ:

شماره:

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی

احتراما این دانشگاه با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده با تقاضای تغییر رشته توأم با انتقال دانشجو موافق می باشد. خواهشمند است نظر آن دانشکده را در ارتباط با انتقال توأم با تغییر رشته نامبرده اعلام تا نسبت به ارسال مدارک تحصیلی اقدام گردد. ضمنا مدارک ذیل به پیوست ارسال می گردد.

(۱) تصویر کارنامه تغییر رشته و انتقال دانشجو

(۲) ریز نمرات دانشجو

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی