

بسمه تعالی

تاریخ.....

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

پیوست.....

استان کهگیلویه و بویراحمد

### فرم انصراف از تحصیل

\*\*\*\*\*

اینجانب: دانشجوی رشته: دانشکده: با شماره دانشجویی: در آزمون  
سراسری سال پذیرفته شده و تا کنون واحد درسی را با میانگین کل در مدت نیمسال تحصیلی  
گذرانده‌ام به دلایل ذیل تقاضای انصراف از تحصیل را دارم انشجوی ترم:  
دلایل:

-۱

-۲

-۳

امور آموزشی دانشگاه

امور آموزشی دانشکده / آموزشکده

مدیر گروه دانشکده