

تاریخ :

شماره :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان
استان کهگیلویه و بویر احمد

امور آموزشی
فرم انتقال به صورت مهمان

اینجانب دانشجوی رشته ورودی دانشکده به
شماره دانشجویی به دلایل ذیل تقاضای مهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی در
نیمسال سال تحصیلی را دارم .

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشکده با مهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال مذکور جهت گذراندن واحد های
ذیل موافقت می نماید .

مهر و امضاء رئیس دانشکده

آموزش دانشکده

گروه آموزشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

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

مدیر امور آموزشی دانشگاه

توجه :

- ۱- مسئولیت پیگیری ارسال نمرات به عهده دانشجو می باشد
- ۲- هر گونه عواقب ناشی از میهمانی بعهد دانشجو خواهد بود .
- ۳- نمره کمتر از ۱۲ مطابق آئین نامه آموزشی ماده ۵۶ قابل قبول نمی باشد .
- ۴- نسخه مربوط به امور آموزشی