

بسمه تعالی

تاریخ

شماره

پیوست

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان کهگیلویه و بویراحمد

فرم درخواست انتقال توأم با تغییر رشته

اینجانب	دانشجوی رشته	دانشکده	به شماره دانشجویی
این دانشگاه که در آزمون سراسری سال	پذیرفته شده و تاکنون	واحد درسی را با	
میانگین کل	در مدت	ترم تحصیلی گذرانده‌ام به دلایل ذیل که استناد آن ضمیمه است تقاضای	
انتقال توأم با تغییر رشته به دانشگاه علوم پزشکی	را دارم.		

-۱

-۲

-۳

امضاء دانشجو

انتقال توأم با تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده از این واحد آموزشی مورد موافقت قرار نگرفت / گرفت.

مهر و امضاء رئیس دانشکده

مهر و امضاء آموزشی دانشکده

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

انتقال توأم با تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق مورد موافقت این دانشگاه می‌باشد. خواهشمند است چنانچه آن دانشگاه / دانشکده با انتقال نامبرده موافقت دارد مراتب را اعلام، تا نسبت به ارسال مدارک پس از تسویه حساب دانشجو، اقدام مقتضی بعمل آید. لازم به توضیح است که نامبرده نمره رشته فوق را در کارنامه تغییر رشته و انتقال کسب نموده است.

مدیر امور آموزشی دانشگاه

تذکر

- ۱- هر گونه عواقب ناشی از انتقال بعهده دانشجو خواهد بود.
- ۲- دانشجو پس از ثبت نام در رشته جدید حق بازگشت به رشته قبلی را ندارد.
- ۳- دانشجو موظف است جهت اقدامات بعدی شخصاً به امور آموزشی دانشگاه مراجعه نماید.