



مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست دانشجویان تحصیلات تکمیلی

نام و نام خانوادگی: دانشجوی دوره روزانه **£** نوبت دوم **£** مجازی **£** پردیس خودگردان **£**
در رشته: پذیرفته شده نیمسال اول **£** دوم **£** سال تحصیلی: / به شماره
دانشجویی: با آگاهی کامل از آیین نامه و مقررات آموزشی
درخواست: در نیمسال اول **£** دوم **£** سال تحصیلی / را دارم.
توجیه و دلایل درخواست:

نام و نام خانوادگی دانشجو
تاریخ و امضاء

اظهار نظر کارشناس آموزش دانشکده: * (ضمیمه نمودن کارنامه کلی و مستندات مربوط به درخواست و توضیحات مستند کارشناسی ضروری است)

نام و نام خانوادگی
کارشناس مسئول آموزش
تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی
کارشناس آموزش
تاریخ و امضاء

<p>نظر کمیته‌ی تحصیلات تکمیلی گروه آموزشی: در جلسه‌ی مورخه / / 13 مطرح و با توجه به دلایل ارائه شده با تقاضا، موافقت شد £ موافقت نشد £ نام مدیر گروه آموزشی تاریخ و امضاء</p>	<p>نظر پزشک معتمد دانشگاه:</p> <p>تاریخ، مهر و امضاء</p>
---	--

براساس مصوبه شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده مورخ / / 13 با درخواست فوق موافقت شد **£** موافقت نشد **£**
دلایل و شرایط:

معاون آموزشی دانشکده
تاریخ و مهر و امضاء

* (اصل مصوبه شورای آموزشی دانشکده ضمیمه و دلایل ذکر شود)

اظهار نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی:

نام و نام خانوادگی کارشناس
تاریخ و امضاء

اعلام نظر مدیر تحصیلات تکمیلی:

تاریخ و مهر و امضاء