

شماره:

تاریخ:

پیوست: ندارد

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
معاونت آموزشی
دانشگاه پزشکی

مدیر محترم گروه آموزشی

با سلام و احترام، اینجانب فرزند با کد ملی دانشجوی دوره مقطع رشته به شماره دانشجویی با آگاهی کامل از کلیه قوانین انصراف و بنا به دلایل زیر، درخواست انصراف از تحصیل دارم.

خواهشمند است با درخواست فوق موافقت فرمایید.

تاریخ و امضا:

تاریخ و امضا:

مخالف ☐ موافق ☐ نظر مدیر گروه:

معاون محترم آموزشی دانشکده

با سلام و احترام؛ مراتب در جلسه مورخ شورای گروه آموزشی مطرح؛ و درخواست انصراف از تحصیل دانشجو مورد موافقت ☐ عدم موافقت ☐ قرار گرفت. خواهشمند است دستورات مقتضی را صادر فرمایید.

تاریخ:

مهر و امضای مدیر گروه آموزشی:

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام؛ مراتب در جلسه مورخ شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح؛ و درخواست انصراف از تحصیل دانشجو مورد موافقت ☐ عدم موافقت ☐ قرار گرفت. خواهشمند است دستورات مقتضی را صادر فرمایید.

تاریخ:

مهر و امضای معاون آموزشی دانشکده:

توجه

با توجه به آئین نامه دوره تحصیلات تکمیلی، چنانچه دانشجو حداکثر تا بعد از یکماه درخواست خود را پس نگیرد، دانشگاه نسبت به صدور گواهی انصراف اقدام خواهد کرد.

شاهرود- میدان هفت تیر-ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود- دانشکده پزشکی- کدپستی 3614773947 - تلفن: ۰۲۳۳۲۳۹۵۰۵۴ -
دورنگار ۳۲۳۹۴۸۰۰

Shahrood University of Medical Sciences -7 Tir SQ, Shahrood, IR. IRAN -P Code :3614773947
Tel :0098 23 32395054 -Fax: 009823 32394800 - WWW.shmu.ac.ir - E.mail:edu@shmu.ac.ir