

شماره :

تاریخ :

فرم درخواست مرخصی تحصیلی

مدیر محترم امور آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه / سرکار خانم / جناب آقای

اینجانب : به شماره دانشجویی : به شماره ملی :

فرزند: محل تولد : دانشجوی نیمسال : سال تحصیلی :

رشته : مقطع : تلفن ثابت : تلفن همراه

نشانی کامل پستی : استان شهرستان کد پستی

متقاضی مرخصی تحصیلی جهت :

نیمسال اول سال تحصیلی نیمسال دوم سال تحصیلی

مقطع بالینی (رشته پزشکی) جهت بخشهای در

ماههای می باشم.

به قوانین آموزشی واقفم و هر گونه اشکال آموزشی احتمالی ناشی از این مرخصی را پذیرا می باشم.

تاریخ درخواست : امضاء دانشجو :

اظهار نظر استاد مشاور:

اظهار نظر مدیر گروه و معاون آموزش بالینی دانشکده پزشکی (جهت دانشجویان رشته پزشکی در مرحله بالین) :

اظهار نظر کارشناس آموزش دانشکده :

اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده مربوطه (جهت دانشجویان پزشکی در مرحله علوم پایه و فیزیوپاتولوژی و دانشجویان کارشناسی) :

توضیحات :

- دانشجوی گرامی پس از دریافت نظر معاون آموزشی دانشکده مربوطه جهت شماره دار کردن نامه به دبیرخانه مراجعه نمایند.
- جهت پی گیریهای بعدی شماره نامه را به همراه داشته باشید.