

## فرم درخواست از واحد علوم پایه آموزش دانشکده پزشکی

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| مشخصات دانشجو | نام و نام خانوادگی: |
|               | شماره دانشجویی:     |

نوع درخواست:

|                                                                        |                                                                         |                                                  |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| تغییر در برنامه درسی (فقط توسط نماینده ورودی) <input type="checkbox"/> | تغییر در برنامه آزمون (فقط توسط نماینده ورودی) <input type="checkbox"/> | حذف ترم یا مرخصی تحصیلی <input type="checkbox"/> | معرفی تک درس <input type="checkbox"/>           |
| انصراف از تحصیل یا تغییر رشته <input type="checkbox"/>                 | انتقال (معرفی - پذیرش) <input type="checkbox"/>                         | مجوز خروج از کشور <input type="checkbox"/>       | مهمانی (معرفی - پذیرش) <input type="checkbox"/> |
| معرفی به استاد (آزمون جامع) <input type="checkbox"/>                   | حذف واحد <input type="checkbox"/>                                       | فارغ التحصیلی <input type="checkbox"/>           | سایر <input type="checkbox"/>                   |

متن درخواست (یک سطر):

دلایل درخواست (حداکثر سه مورد):

- 1.
- 2.
- 3.

نظر کارشناس آموزش:

نظر رئیس اداره آموزش: موافق ☐ مخالف ☐

لزوم طرح در شورای آموزشی: بله ☐ خیر ☐

|                                               |        |             |
|-----------------------------------------------|--------|-------------|
| محل امضا:                                     | تاریخ: | شماره تماس: |
| توضیحات تکمیلی و مستندات (پیوست): در پشت صفحه |        |             |