



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان درخواست انتقال

محل
الصاق
عکس

مسئول محترم آموزش دانشکده

سلام علیکم ،

احتراماً اینجانب : دانشجوی : مقطع : ورودی سال :
فرزند : متولد : صادره از : بومی :

به تعداد تانکون تعداد واحد از دروس مربوطه خود را با نمره میانگین گذرانده ام تقاضا می نمایم درمورد انتقال دائم از نیمسال سال تحصیلی به

انتهای اقدام مقتضی معمول دارید .
ملل این درخواست شامل موارد ذیل است که مدارک مربوطه به پیوست ارسال میگردد :

درس دقیق محل سکونت : کدپستی :

شماره تلفن و کد شهرستان : شماره تلفن همراه :

ر ضمن تعهد می نمایم هرگونه عواقب ناشی از این انتقال بعهدہ اینجانب باشد. و دانشگاه مبداء و مقصد مسؤلیتی درقبال آن نخواهد داشت .
تذکر: در صورت نقصان مدارک یا ارسال فرم پس از موعد مقرر ترتیب اثر داده نخواهد شد.

امضاء دانشجو

با درخواست نامبرده موافقت می شود با درخواست نامبرده موافقت نمی شود

امضاء و نام و نام خانوادگی استاد مشاور

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی زنجان
سلام علیکم ،

شماره :

تاریخ :

مراتب جهت اقدام لازم ایفاد میگردد.

احتراماً ضمن تائید مندرجات درخواست آقای / خانم

رئیس دانشکده

مسئول آموزش دانشکده

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی.....
سلام علیکم ،

شماره :

تاریخ :

احتراماً بدینوسیله تقاضای انتقال دانشجوی فوق منضم به مدارک مربوطه ارسال می گردد. خواهشمنداست دستورفرمائید بررسی و در صورت موافقت نتیجه را اعلام فرمایید تا اقدام لازم به منظور تسویه حساب توسط دانشجو و ارسال مدارک تحصیلی بعمل آید.

دکتر اکبر محمدزاده

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی