

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 کارشناس آموزشی دانشکده : .....

.....

.....

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

.....

.....

اظهار نظر مدیر گروه (جهت دانشجویان رشته پزشکی در مرحله بالین) : .....

.....

.....

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.