

شماره :

تاریخ :

فرم درخواست مرخصی تحصیلی

معاون محترم آموزش علوم پایه دانشکده پزشکی / سرکار خانم / جناب آقای

معاون محترم آموزش بالینی دانشکده پزشکی / سرکار خانم / جناب آقای

معاون محترم آموزش دانشکده پرستاری و پیراپزشکی / 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

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.