



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مازندران
دانشکده دندانپزشکی ساری

شماره :

تاریخ:

پیوست:

معاون محترم آموزشی دانشکده

باسلام و احترام، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه
دانشجوی ورودی نیمسال سال تحصیلی به شماره دانشجویی رشته
..... مقطع دوره که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد درسی را با
معدل گذرانده ام. با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات آموزشی مربوطه به دلایل ذیل متقاضی انتقال دائم به دانشگاه
علوم پزشکی می باشم. خواهشمند است دستور فرمائید در صورت موافقت، مراتب به امور آموزشی دانشگاه
منعکس گردد.

۱ -

۲ -

امضاء دانشجو- تاریخ:

شماره همراه:

نظریه استاد مشاور :

نام و نام خانوادگی:

امضاء استاد مشاور -

تاریخ:

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

سلام علیکم

مراتب با نظر موافق جهت استحضار و هرگونه

احتراماً ضمن تأیید درخواست خانم/ آقای

اقدام مقتضی ایفاد می گردد.

رئیس/معاون آموزشی دانشکده

شماره:

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

تاریخ:

سلام علیکم

احتراماً ضمن ارسال عین تقاضای انتقال دائم خانم/ آقای ، خواهشمند است

دستور فرمایید پس از بررسی، نتیجه را به این دانشگاه اعلام فرمایند.

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه