



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران  
دانشکده دندانپزشکی ماری

شماره:

پیوست:

## تقاضای انصراف از تحصیل

معاون محترم آموزشی دانشکده

باسلام و احترام، اینجانب دانشجوی رشته ورودی نیمسال سال تحصیلی مقطع مربوطه، بنا به درخواست مورخ به علت انصراف از تحصیل، با این دانشگاه تسویه حساب نموده ام. این دانشگاه با اطلاع کامل از مقررات آموزشی به شماره دانشجویی مربوطه، بنا به درخواست مورخ

امضاء دانشجو - تاریخ:

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً باتوجه به درخواست خانم/آقای دانشکده بلامانع می باشد. بدینوسیله اطلاعات تحصیلی وی به شرح زیر جهت هرگونه اقدام مقتضی اعلام می گردد.

الف: وضعیت دانشجویان از آموزش رایگان: مشمول استفاده از آموزش رایگان می باشد.  نمی باشد.

تاریخ دقیق انصراف	تعداد واحد های انتخابی		نیمسالهای تحصیلی گذرانده	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	تاریخ شروع به تحصیل	تاریخ دقیق ثبت نام	سال ورود به دانشگاه
	عملی و تخصصی	نظری						

ب: وضعیت تحصیلی دانشجو از نظر دارا بودن تعهد محضری:  فاقد تعهد محضری  دارای تعهد محضری (در صورت دارا بودن تعهد محضری تصویر تعهد نامه ضمیمه گردد).

رئیس / معاون آموزشی دانشکده

مسئول اداره آموزش دانشکده