

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

اداره کل خدمات آموزش و مدارک تحصیلی

(فرم انتقال به صورت میهمان)



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی فسا

اینجانب دانشجوی رشته میهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی
ورودی در نیمسال تحصیلی
به شماره دانشجویی به دلایل ذیل تقاضای

۱-

۲-

۳-

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشگاه با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال مذکور جهت گذراندن واحد های ذیل موافقت می نماید:

ردیف	نام درس	تعدادواحد

ردیف	نام درس	تعدادواحد

استاد مشاور: کارشناس امور آموزش دانشکده: دبیر کمیته نقل و انتقالات: معاون آموزشی دانشکده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراما نظر به درخواست دانشجوی فوق و موافقت دانشکده مربوط مبنی بر میهمانی در آن دانشگاه خواهشمند است مراتب مورد بررسی و نتیجه را به این امور اعلام فرمائید.

کارشناس نقل و انتقالات دانشگاه مدیر کل اداره آموزش دانشگاه علوم پزشکی فسا

توجه:

۱- مسئولیت پیگیری در ارسال نمرات به عهده دانشجو می باشد.

۲- مسئولیت هرگونه مشکلات ناشی از این تقاضا صرفا به عهده دانشجو می باشد.