



دانشکده پیراپزشکی
فرم اطلاعات دانشجویان متقاضی انتقال دائم

اینجانب نام:		نام خانوادگی:	
کدرشته قبولی:		رشته تحصیلی:	
مقطع: کارشناسی		کارشناسی ناپیوسته	
دوره: روزانه		شبانه	
سهمیه: مناطق		شاهد و اینترگر	
وضعیت تاهل: مجرد		متاهل	
تقاضای انتقال به دانشگاه علوم پزشکی را دارم			
وضعیت آموزشی به تفکیک ترمسال با ذکر معدل نیمسال و معدل کل			
-۱		-۴	
-۲		-۵	
-۳		-۶	
در صورت استفاده از مهمانی تاکنون چند واحد در دوره مهمانی گذرانده اید			
معدل کل			
مجموع واحد های گذرانده			
مرخصی تحصیلی استفاده نموده ام		نموده ام	
تعداد ترمهای مرخصی تحصیلی			
محل اقامت استان		شهر	
کوچه		پلاک	
تلفن ضروری		خیابان	
کد شهرستان		می باشم.	
به دلایل ذیل متقاضی انتقال به دانشگاه علوم پزشکی و مدارک ذیل را تحویل می نمایم.			
محل امضاء دانشجو			
آیا وضعیت تحصیلی شما در کمیسیون های ذیل مطرح شده است؟			
موارد خاص دانشگاه ☐ نتیجه: سایر کمیسیون ها ☐			
درخواست دانشجو در شورای آموزشی مورخ			
مطرح و مورد موافقت قرار گرفت ☐ قرار نگرفت ☐			
دکتر محمد بکائیان			
معاون آموزشی دانشکده پیراپزشکی			
درخواست دانشجو در جلسه شورای آموزشی دانشگاه مورخ			
موافقت قرار گرفت ☐ قرار نگرفت ☐			
دکتر غلامرضا بهاری			
مدیر کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی اهواز			