



دانشگاه گیلان
دانشکده پیراپزشکی

دانشکده پیراپزشکی

بسمه تعالی

شماره: شماره_

تاریخ: تاریخ_

پیوست: پیوست_

فرم تقاضای انصراف دائم از تحصیل

اینجانب نام: نام خانوادگی فرزند شماره شناسنامه صادره از دانشجوی ترم دوره رشته دانشکده پیراپزشکی این دانشگاه که تاکنون در واحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل از مقررات مربوط، تقاضای انصراف دائم از تحصیل را دارم.

امضاء دانشجو تاریخ:

سال ورود به دانشگاه	تاریخ دقیق ثبت نام	تاریخ شروع به تحصیل	تعداد نیمسال تحصیلی	تعداد واحدهای انتخابی		تاریخ دقیق انصراف
				نظری	عملی	

- تعهد محضری: دارد / ندارد
- تا تاریخ از کلاسهای درسی استفاده نموده اند

با توجه به مندرجات جدول فوق الذکر و مقررات آموزشی تأییدیه ترک تحصیل صادر گردید.

#signature#

آموزش دانشگاه

امضاء تاریخ

تبریز- خیابان دانشگاه، محوطه دانشگاه، ساختمان شماره ۱، کدپستی ۵۱۶۶۶۱۵۷۳۹