

فرم تقاضای انصراف دائم از تحصیل

اینجانب نام: نام خانوادگی: فرزند: شماره شناسنامه: صادره از: دانشجوی ترم: دوره کارشناسی/کاردانی 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	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	تعداد نیمسال تحصیلی	تعداد واحد انتخابی		تاریخ دقیق انصراف
						نظری	عملی و تخصصی	

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

آموزش دانشکده پیراپزشکی آموزش دانشگاه

مهر و امضاء تاریخ: امضاء تاریخ:

لینک مطلب در سایت : <http://www.tbzmed.ac.ir/?MID=21&Type=News&id=16>