

## 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:

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

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

آموزش دانشگاه  
امضاء تاریخ:

آموزش دانشکده پیراپزشکی  
مهر و امضاء تاریخ: