



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

اداره کل خدمات آموزش و مدارک تحصیلی
(فرم انتقال به صورت میهمان)

اینجانب دانشجوی رشته ورودی به شماره دانشجویی
به دلایل ذیل تقاضای میهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال تحصیلی
-۱
-۲
-۳
-۴
-۵

تاریخ و امضاء دانشجو

دانشگاه با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال مذکور جهت گذراندن واحدهای ذیل موافقت می نماید.

ردیف	نام درس	تعداد واحد

نظریه دانشکده:

نظریه استاد مشاور:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

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

مدیر کل اداره آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

توجه:

- ۱- نمرات کمتر از ۱۲ پذیرفته نمی شود و دانشجو موظف به تکرار درس می باشد.
- ۲- مسئولیت پیگیری در ارسال نمرات به عهده دانشجو می باشد.
- ۳- مسئولیت هر گونه مشکلات ناشی از این تقاضا صرفاً بعهدہ دانشجو می باشد.