



دانشکده طب سنتی  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

درخواست انتقال / تغییر رشته / دوره - دانشکده طب سنتی

احتراماً اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... مقطع ..... به شماره دانشجویی ..... با اطلاع از ماده ۴۸ آئین نامه آموزشی دوره دکتری تخصصی مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۲۴ متقاضی  انتقال دائم  تغییر رشته  تغییر دوره به دانشگاه ..... با کدرشته ..... به دلیل.....

..... می باشم.

ضمناً کلیه عواقب آموزشی ناشی از این درخواست با اینجانب خواهد بود.  
تعداد واحد گذرانده: ..... تعداد باقیمانده: .....

تاریخ امضا دانشجو

با درخواست دانشجو موافقت می گردد.  
(ارسال موافقت مکتوب گروه آموزشی از طریق اتوماسیون الزامی است)

تاریخ امضا مدیر گروه

درخواست دانشجو و مستندات مربوطه دریافت و بررسی گردید.

تاریخ امضا کارشناس آموزش

با طرح درخواست دانشجو در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده موافقت می گردد.

تاریخ امضا معاون آموزشی