

**درخواست انتقال**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده.......................**

احتراماً اینجانب دارای شماره شناسنامه صادره از فرزند متولد دانشجوی رشته ورودی سهمیه دوره روزانه/شبانه که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد درسی را با میانگین کل گذرانده ام متقاضی انتقال به دانشگاه علوم پزشکی می باشم .

ضمنا"کلیه مشکلات آموزشی حاصل از این امر را عهده دار و عواقب ناشی از آن را می پذیرم.

در صورت موافقت دانشگاه مبدا"با انتقال حداکثر پس از یکماه جهت تسویه حساب مراجعه نمایم.

 **امضاء دانشجو** **تاریخ**

**اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت تاریخ: شماره:**

احتراماً ضمن تایید مندرجات فوق مراتب با نظر موافق شورای آموزشی دانشکده جهت هر گونه اقدام مقتضی ارسال می گردد. و به اطلاع می رساند که دانشجو از لحاظ مقررات و آیین نامه های آموزشی شرایط انتقال را دارند.

امضاء و مهر رئیس آموزش دانشکده امضاءو مهر معاون آموزشی دانشکده

**اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی**

 **تاریخ: شماره:**

احتراماً ضمن ارسال عین درخواست دانشجوی فوق الذکر و تایید دانشکده با نظر موافق خواهشمند است ضمن بررسی لازم نتیجه را به این اداره کل اعلام فرمایید.

 **مدیر کل آموزش**

جیرفت- میدان سبزوران معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

43317302-034