



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

درخواست انتقال دائم

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.

ضمناً کلیه مشکلات آموزشی حاصل از این امر را عهده دار و عواقب ناشی از آن را می پذیرم.
در صورت موافقت دانشگاه مبدأ با انتقال حداکثر پس از یک ماه 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 امضاء و 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