

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

اداره کل آموزش

(فرم انتقال به صورت میهمان)

اینجانب	به شماره دانشجویی	دانشجوی ورودی سال	رشته
که تاکنون	واحد را با معدل کل	گذرانده ام. به دلایل ذیل متقاضی میهمان شدن در دانشگاه علوم پزشکی	
در نیمسال	سال تحصیلی	را دارم.	

امضاء دانشجو و تاریخ

تاریخ :

شماره :

دانشکده

با میهمان شدن دانشجوی فوق در دانشگاه علوم پزشکی در نیمسال مذکور جهت گذراندن

واحدهای ذیل موافقت می نماید.

نام درس	تعداد واحد	نام درس	تعداد واحد
۱-		۶-	
۲-		۷-	
۳-		۸-	
۴-		۹-	
۵-		۱۰-	

توجه : نمرات کمتر از ۱۲ پذیرفته نمی شود. مسئولیت پیگیری در ارسال نمرات به عهده دانشجو می باشد.

امضاء معاون آموزشی و مهر دانشکده

نظریه گروه آموزشی

امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

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 و مدارک تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز