

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان
فرم درخواست انتقالی دائم

تاریخ :
شماره :
پیوست :

آموزش دانشکده پزشکی

اینجانب دارای شماره شناسنامه صادره از دانشجوی رشته مقطع ورودی
سال تحصیلی سهمیه ثبت نامی که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد
واحد را با میانگین کل گذرانده و بدلیل زیر تقاضای انتقال به دانشگاه علوم پزشکی را دارم . خواهشمند است
اقدامات لازم را معمول فرمایند . %

-۱

-۲

آدرس دقیق دانشجو که بتوان در مواقع ضروری با وی تماس گرفت :

تاریخ درخواست

امضاء دانشجو

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

سوابق تحصیلی دانشجوی فوق مورد تایید است . ضمناً چنانچه دانشگاه مورد تقاضای دانشجو با انتقال دائم نامبرده موافقت
نماید انتقال نامبرده به دانشگاه مذکور از نظر این دانشکده بلامانع می باشد .

رئیس /معاون آموزشی مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

دکتر

تاریخ:

شماره:

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

سلام علیکم

احتراماً بر اساس صورتجلسه شورای آموزشی مورخ تقاضای انتقالی نامبرده به آن دانشگاه موافقت گردیده .
خواهشمند است از نتیجه اقدامات این اداره کل را مطلع فرمایند . %

مدیر امور آموزشی دانشگاه

