

عنوان سند: فرم درخواست میهمانی - انتقالی	بسمه تعالی دانشکده پرستاری و مامایی همدان دارنده گواهینامه ISO 9001/2008	شماره سند: ED-FO-13 ویرایش: ۰۱ صفحه: ۱
---	--	--

محل درخواست دانشجوی:

اینجانب دانشجویی ترم ورودی با شماره دانشجویی رشته کارشناسی پیوسته / ناپیوسته ، دوره روزانه / شبانه که تا کنون واحد را با معدل در مدت نیمسال گذرانده ام . درخواست فرم میهمانی و انتقالی جهت ارائه به دانشگاه علوم پزشکی را دارم و بدینوسیله تعهد می نمایم در صورتیکه دانشگاه مقصد با درخواست اینجانب مخالفت نمود در موعد انتخاب واحد نیمسال جهت ثبت نام به دانشکده مراجعه نمایم.

آدرس تلفن تماس امضاء تاریخ

محل تایید کارشناس اداره آموزش

ضمن تأیید مراتب فوق بدینوسیله تأیید می گردد که نامبرده طبق ضوابط و مقررات آموزشی شرایط میهمانی / انتقالی را دارد ضمناً دانشجو تا این تاریخ جمعاً واحد و ترم تحصیلی از میهمانی استفاده نموده است.

امضاء تاریخ

محل تایید استاد راهنما

ضمن تأیید مراتب فوق بدینوسیله موافقت / مخالفت خود را با میهمانی / انتقالی نامبرده اعلام می دارم .
علت مخالفت :
نام استاد : امضاء: تاریخ:

در تاریخ یکبرگ فرم میهمانی / انتقالی برای خانم / آقای با شماره به اداره کل آموزش ارسال گردید.

امضاء کارشناس تاریخ

در تاریخ جوابیه نامه فوق الذکر مبنی بر موافقت با میهمانی نامبرده به دانشگاه علوم پزشکی با شماره اداره کل آموزش به این دانشکده رسید.

امضاء کارشناس تاریخ

این نامه در پرونده دانشجو بایگانی میشود.