

بسمه تعالی

فرم درخواست مرخصی تحصیلی



دانشگاه علوم پزشکی زابل
مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توجه: این فرم می بایست با توجه به آیین نامه های مربوطه که در پشت صفحه درج شده، ۲ هفته قبل از شروع نام نویسی در هر نیمسال تحصیلی تکمیل و پس از تأیید دانشکده، در زمان مقرر، به اداره خدمات آموزشی تحویل داده شود.

اینجانب..... به شماره دانشجویی دانشجوی مقطع..... رشته..... با توجه به دلایل ذکر شده در پشت این برگه و مستندات پیوست تقاضای مرخصی تحصیلی برای نیمسال..... سال تحصیلی..... را دارم.

تاریخ و امضاء دانشجو:

در قسمت های زیر چیزی توسط دانشجو نوشته نشود.



نظر مدیر گروه / مسئول تحصیلات تکمیلی گروه / استاد راهنما

با مرخصی تحصیلی دانشجو موافقت می شود مخالفت می شود

نام مدیر گروه آموزشی / مسئول تحصیلات تکمیلی گروه / استاد راهنما..... امضاء و تاریخ:

توضیح ضروری:.....

نظر مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده

با مرخصی تحصیلی دانشجو موافقت می شود مخالفت می شود

نام مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده..... امضاء و تاریخ:

توضیح ضروری:.....

۱- دانشجو تا کنون از تعداد..... نیمسال تحصیلی استفاده کرده است.

۲- با استناد به با مرخصی تحصیلی دانشجو موافقت می شود تالف می شود

۶- مرخصی تحصیلی در اولین نیمسال تحصیلی امکان پذیر نیست.

فهرست مدارک پیوست:

- ۱
- ۲
- ۳

