



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد  
معاونت آموزشی پژوهشی و دانشجویی فرهنگی

شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

## درخواست انتقال دائم

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً اینجانب..... دانشجوی رشته ..... مقطع..... به شماره دانشجویی..... دوره روزانه که تاکنون تعداد..... واحد درسی را با معدل کل..... گذرانده ام تقاضا دارم که از ابتدای نیمسال اول / دوم سال تحصیلی..... به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ..... با عنایت به دلایل ذیل که مستندات آن پیوست می باشد، انتقال یابم. ضمناً دستور العمل انتقال دائم را مطالعه و فرم فوق را به دقت تکمیل نموده و مسؤولیت هرگونه اطلاعات نادرست و همچنین عواقب ناشی از این انتقال را به عهده می گیرم.

دلایل انتقالی : .....

.....

.....

.....

.....

امضاء و تاریخ

شماره تماس