ریاست

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

معاونت آموزشی پژوهشی

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

درخواست تغییر رشته

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب .....دانشجوی رشته ..... مقطع ..... به شماره دانشجوئی .....دوره روزانه که تاکنون تعداد ..... واحد درسی را با معدل کل ..... گذرانده ام، با توجه به دلایل ذیل تقاضای تغییر رشته توإم با انتقال به دانشگاه علوم پزشکی ..... را دارم. ضمناً دستور العمل تغییر رشته توأم با انتقال را مطالعه و فرم فوق را به دقت تکمیل نموده و مسؤولیت هرگونه اطلاعات نادرست و همچنین عواقب ناشی از این تغییر رشته را به عهده می گیرم.

تاریخ و امضاء

دلایل تغییر رشته:

تلفن تماس:

استاد راهنما: **مسئول امور فارغ التحصیلان: (تأیید کد رشته)**

مسئول کمیته نقل و انتقالات دانشجویی: **کمیته انضباطی دانشجویی:**

شمـــاره :.....

تاریـــخ : .....

پیوست : .....

مدیر کل محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی .....

با سلام، احتراماً ضمن تأیید مراتب فوق و موافقت با تقاضای نامبرده مستدعی است دستور فرمایید نظر آن دانشگاه را طبق آیین نامه آموزشی مربوطه در موعد مقرر اعلام نمایند. ضمناً ارسال پرونده و ریز نمرات دانشجو منوط به اتمام تسویه حساب وی با این دانشگاه می باشد.

دکتر محمد حسن مینوئیان

مدیر امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد