

شماره :

تاریخ :

درخواست مرخصی تحصیلی

اینجانب : دانشجوی رشته : شماره دانشجویی:

دستیاری

دکترا

کارشناسی ارشد

مقطع : کارشناسی

متقاضی مرخصی تحصیلی :

جهت نیمسال اول سال تحصیلی

جهت نیمسال دوم سال تحصیلی

مرخصی مقطع بالینی (رشته پزشکی) جهت بخشهای در ماههای
می باشم.

علت درخواست مرخصی:

.....

نشانی کامل پستی : استان : شهرستان

کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

به قوانین آموزشی واقفم و هر گونه اشکال آموزشی احتمالی ناشی از این مرخصی را پذیرا می باشم .

امضاء دانشجو :

تاریخ درخواست :

دانشکده پزشکی / پرستاری و پیراپزشکی با مرخصی درخواستی موافقت مخالفت دارد . بدیهی است تطبیق
و هماهنگی برنامه های آموزشی دانشکده به منظور اخذ واحد ترمهای آتی به عهده دانشجو می باشد .

امضاء و مهر رئیس / معاون آموزشی دانشکده

با توجه به وضعیت اعلام شده استفاده از مرخصی بلامانع می باشد . ضمناً عدم مراجعه در پایان مرخصی به منزله انصراف
از تحصیل تلقی شده و برابر مقررات رفتار خواهد شد .

امضاء و مهر مدیر امور آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه