



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان  
دانشکده دندانپزشکی

### فره افذ و امد با ساير دانشكده ها

### **معاون محترم آموزشی دانشکده دندانپزشکی**

با سلام و احترام

اینجانب ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی بشماره دانشجویی ..... با توجه به اینکه درس ..... بعلت تداخل برنامه هفتگی ○ گذراندن درس مربوطه ○ ارائه نشدن درس ○ ترم کار آموزشی یا کارورزی ○ لذا متقاضی اخذ درس ..... در نیمسال اول / دوم سالتحصیلی ..... با شماره درس ..... با گروه ..... که در دانشکده ..... ارائه می گردد می باشم.  
خواهشمند است دستورات لازم را صادر فرمائید.  
تاریخ و امضاء دانشجو

نظر و امضاء معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی

نظر و امضاء مسئول آموزش دانشکده .....

نظر و امضاء مدیر گروه .....