



درخواست تغییر رشته توأم با انتقال

مدیر متمرکزه گروه آموزشی

با سلام

احتراماً اینجانب..... دانشجوی رشته مقطع..... با شماره دانشجویی.....
ورودی..... نیمسال..... سال تحصیلی..... سهمیه قبولی که تا کنون تعداد واحد درسی را
با میانگین کل گذرانده ام متقاضی تغییر رشته به رشته دانشگاه
یا دانشکده این دانشگاه می باشم .

آدرس سکونت : تاریخ امضاء

معاون متمرکزه آموزشی دانشکده.....

با درخواست نامبرده موافقت میشود موافقت نمیشود

امضاء و نام و نام خانوادگی استاد راهنما امضاء و نام و نام خانوادگی مدیر گروه

مدیریت متمرکزه امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تاریخ
شماره
پیوست
.....

با سلام

تغییر رشته آقای / خانم دانشجوی رشته بر اساس ضوابط مربوطه از نظر این
دانشکده بلامانع است .

مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

تاریخ
شماره
پیوست
.....
امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام

احتراماً با توجه به موارد فوق خواشمنداست دستور فرمائید در خصوص انتقال توأم با تغییررشته خانم/آقای
دانشجوی رشته این دانشگاه به رشته آن دانشگاه از نیمسال اول / دوم
سال تحصیلی اظهار نظر و نتیجه را جهت اقدام بعدی به این دانشگاه اعلام گردد.

دکتر محمود صفاری

مدیر امور آموزشی دانشگاه

آدرس: کاشان - بلوار قطب راوندی - دانشگاه علوم پزشکی کاشان-کدپستی ۸۱۱۵۱-۸۷۱۵۹ تلفن ۰۳۶۱-۵۵۷۸۰۱۰

رونوشت : سرپرست دانشکده جهت اطلاع