



فرم تقاضای هم‌نیازی دروس

مسئول محترم آموزش دانشکده دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته دندانپزشکی ورودی با شماره دانشجویی
تقاضای اخذ هم‌نیاز دروس ذیل را در نیمسال سال تحصیلی دارم .

| نام درس | نام درس پیش نیاز | نمره اخذ شده درس پاس نشده |
|---------|------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

امضاء دانشجو

نظریه استاد مشاور :

مدیر گروه آموزشی

استاد مشاور

امضاء

امضاء

درخواست نامبرده در جلسه شورای آموزشی دانشکده دندانپزشکی مورخ مطرح و به تصویب رسید .

معاون آموزشی، پژوهشی دانشکده دندانپزشکی

امضاء