



## فرم اخذ واحد با سایر دانشکده ها

### مسئول محترم آموزش دانشکده دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی به شماره دانشجویی ..... با توجه به

اینکه درس ..... بعلل:

تداخل برنامه هفتگی

گذراندن درس مربوطه

ارائه نشدن درس

ترم فراغت

را با دانشکده دندانپزشکی نمی توان اخذ واحد نمایم . لذا متقاضی اخذ درس فوق 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 مسئول آموزش دانشکده دندانپزشکی

نظر و امضاء مسئول آموزش دانشکده .....

نظر و امضاء مدیر گروه .....