

فرم درخواست آموزشی



دانشگاه علوم پزشکی اراک
دانشکده توانبخشی
معاونت آموزشی

نام و نام خانوادگی:

رشته:

شماره دانشجویی:

سال ورود:

درخواست دانشجو:

تاریخ و امضا:

* ضروری است تمامی مستندات لازم ضمیمه گردد.

نظر استاد مشاور:

موافقت می شود

مخالفت می شود

دلایل موافقت/مخالفت:

* انتخاب پاسخ موافقت یا مخالفت ضروری است..

نام، نام خانوادگی و امضای استاد مشاور

نام، نام خانوادگی و امضای مدیر گروه

نام، نام خانوادگی و امضای معاون آموزشی

موافقت می شود

مخالفت می شود

موافقت می شود

مخالفت می شود