

باسمه تعالی

« فرم اعلام فراغت از تحصیل »



تاریخ:

شماره:

پیوست:

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی/درمانی استان مرکزی
سلام علیکم:

محل الصاق
عکس

بدینوسیله گواهی میشود: آقای

فرزند:

بشماره شناسنامه: صادره از: متولد: محل تولد:

دارای دیپلم متوسطه در رشته: علوم تجربی که در آزمون سراسری سال تحصیلی: پذیرفته شده و از

نیمسال در این دانشکده در رشته: مقطع: کارشناسی پیوسته دوره: روزانه مشغول به تحصیل

بوده و با اخذ: واحد و کسب مجموع: امتیاز با میانگین کل به عدد: به حروف:

تاریخ: تحصیلات خود را به پایان رسانیده و فارغ التحصیل گردیده و متذکر میشود طول مدت

تحصیل نامبرده ترم __ ماه __ روز میباشد.

مراتب فوق همراه با موارد مشروحه ذیل جهت انجام سایر امور فراغت از تحصیل ارسال می گردد:

۱- ریز نمرات تحصیلی برگ

۲- فتوکپی شناسنامه از تمام صفحات

۳- چهار قطعه عکس که در سال جاری گرفته شده است.

۴- سایر مدارک مورد نیاز

۵- ترم تابستانی ترم

۶- مرخصی تحصیلی

۷- استعلاجی

۸- تعلیقی

رئیس دانشکده پیراپزشکی