



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
عمرانی و بهداشتی
و درمانی تهران

فرم درخواست جابه جایی برنامه دانشجوی

بسمه تعالی

رئیس محترم دانشکده

معاون محترم آموزشی دانشکده

مدیر گروه محترم رشته سرکار خانم/جناب آقای

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته و نماینده ترم در خصوص واحد/ کلاس/ پراتیک/ کارآموزی

..... در نیمسال جاری درخواست جابه جایی کلاس/ پراتیک/ کارآموزی مربوطه از تاریخ روز

ساعت به تاریخ روز ساعت بعثت را دارم.

خواهشمند است در صورت امکان دستور اقدام لازم را در این زمینه صادر فرمایید.

امضا

تاریخ

• یادداشت مدیر گروه:

•

• یادداشت استاد درس / استاد کارآموزی:

•

• یادداشت کارشناس مهارت های بالینی / کارشناس امور کلاس /

•

• دستور ریاست / معاونت آموزشی: