 **بسمه تعالي**

 **دانشگاه علوم پزشکي خراسان شمالي**

 **معاونت آموزشی**

 **مدیریت امورآموزشی**

 **درخواست انتقال توأم با تغيير رشته**

**االف) درخواست دانشجو**

 اينجانب .............................. دانشجوي رشته ........................ روزانه مازاد متعهد ................ به شماره دانشجويي .......................... ورودي سال ............... با گذرانيدن ................. تعداد ............ واحد درسي و با معدل کل ................ به دلايل ذيل متقاضي تغيير رشته تحصيلي خود به رشته ........................... مقطع .................... در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکي .................................................. در نيمسال اول دوم سال تحصيلي ...................... مي باشم. و متعهد مي شوم، همه ضوابط و مقررات مربوط به انتقال را کاملا مطالعه نموده و به آنها آگاهي داشته و در صورت انصراف از اين درخواست يا عدم پذيرش دانشگاه مقصد، ظرف مدت دو هفته مدارک را به آموزش دانشگاه بازگردانم.

1-

2-

 **آدرس دقيق دانشجو :**

 **تلفن :** **امضا دانشجو**

 **ب) نظریه استاد مشاور: مهر و امضا استاد مشاور**

 **ج) نظردانشکده**

 تغيير رشته دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلايل ومدارک ارائه شده در شوراي آموزشي دانشکده

( جلسه.......................... تاریخ ........................) مطرح شد و مورد موافقت قرار گرفت نگرفت .

 **ریاست/سرپرست دانشکده /معاون آموزشي دانشکده**

 شماره:......................

 تاريخ:.......................

 پيوست:...................

**دانشگاه / دانشکده علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ................................**

 تغيير رشته دانشجو با مشخصات فوق مورد موافقت اين دانشگاه مي باشد. خواهشمنداست چنانچه آن دانشگاه / دانشکده با انتقال نامبرده موافقت دارد اعلام تا نسبت به ارسال مدارک لازم اقدام مقتضي صورت گردد .

 **افسانه گرشاد**

 **مدیر امور آموزشي وتحصیلات تکمیلی**