دانشگاه علوم پزشکی زابل

فرم تقاضای انصراف از تحصیل

دانشکده پیراپزشکی

معاون محترم آموزشی دانشکده پیراپزشکی

سلام علکیم؛

اینجانب فرزند به شماره دانشجویی کدملی صادره از متولد ۱۳ دانشجوی ترم دوره رشته مقطع دانشکده پیراپزشکی این دانشگاه که تاکنون در واحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل ازمقررات مربوط، تقاضای انصراف دائم رادارم.

امضاء دانشجوواثرانگشت **تاریخ**

نظریه استاد راهنما: **نام ونام خانوادگی امضاء**

نظریه مدیرگروه: **نام ونام خانوادگی امضاء**

سال ورود به دانشگاه	تاریخ دقیق ثبت نام	تاریخ شروع به تحصیل	تعداد نیمسال تحصیلی	تعداد واحدهای انتخابی	
				نظری	عملی

*تا تاریخ ازکلاسهای درسی استفاده نموده است.

*باتوجه به مندرجات جدول فوق الذکر انصراف ازتحصیل آقای/ خانم موافقت/مخالفت می گردد./.

آموزش دانشکده

مهرامضاء **تاریخ**