

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

فرم درخواست انتقالی دائم

تاریخ :

شماره :

آموزش مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

اینجانب دارای شماره شناسنامه صادره از دانشجوی رشته
ورودی سال تحصیلی سهمیه ثبت نامی که تا پایان نیمسال سال تحصیلی
تعداد واحد را با میانگین کل گذرانده و در نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد اخذ کرده ام ،
بدلائل زیر تقاضای انتقال به را دارم
خواهشمند است اقدامات لازم رامبدول فرمایند.

دلایل درخواست انتقالی:

آدرس دقیق دانشجو که بتوان در مواقع ضروری با وی تماس گرفت:

امضاء دانشجو

تاریخ درخواست

مدیریت محترم آموزش دانشگاه علوم پزشکی لرستان

سوابق تحصیلی دانشجوی فوق مورد تائید است. ضمناً چنانچه دانشکده مورد تقاضای دانشجو با انتقال دائم نامبرده موافقت نماید انتقال نامبرده به دانشکده مذکور از نظر این دانشکده بلامانع میباشد.

رئیس / معاون آموزشی دانشکده

مدیریت محترم امور آموزشی دانشکده پرستاری خرم آباد:

تاریخ :

شماره :

پیوست :

سلام علیکم:

احتراماً بر اساس صورتجلسه شورای آموزشی مورخ با تقاضای انتقالی نامبرده به آن دانشگاه موافقت گردیده خواهشمند است از نتیجه اقدامات این اداره کل را مطلع فرمائید./

دکتر مهرداد غلامی

مدیر امور آموزشی دانشگاه

رونوشت به: دانشکده جهت اطلاع