



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

دانشکده پزشکی

فرم درخواست دانشجویان

جهت رسیدگی به درخواست دانشجو باید تمام بند های بخش اول این فرم تکمیل گردد	
نام و نام خانوادگی:	مقطع: علوم پایه <input type="checkbox"/> فیزیوپات <input type="checkbox"/> کارآموزی <input type="checkbox"/> کارورزی <input type="checkbox"/>
شماره دانشجویی:	شماره تماس:
نام استاد مشاور دانشجو:	تاریخ درخواست:
شرح درخواست: معرفی به استاد <input type="checkbox"/> استعلاجی یا مرخصی <input type="checkbox"/> مهمانی تک درس <input type="checkbox"/> جابجایی بخش <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	
ریاست محترم دانشکده پزشکی جناب آقای معاون محترم آموزشی جناب آقای /سرکار خانم با سلام و احترام اینجانب	
در صورت نیاز مدارک لازم ضمیمه می باشد <input type="checkbox"/>	
امضاء	
معدل کل:	معدل نیمسال:
اظهار نظر ریاست دانشکده:	
اظهار نظر معاون آموزشی:	
نظر استاد مدیر گروه:	
نظر استاد مشاور:	
اقدام نهایی:	
موافقت شد <input type="checkbox"/> مخالفت شد <input type="checkbox"/>	
پیگیری:	