 **بسمه تعالي**

**دانشگاه علوم پزشکي خراسان شمالي**

**معاونت آموزشی**

**مدیریت امورآموزشی**

فرم درخواست انصراف از تحصيل

**ریاست/ سرپرست محترم دانشکده .............**

با سلام و احترام

اينجانب .…………… فرزند ………….شماره شناسنامه…………….… صادره از ……........... دانشجوي رشته ...……… دوره روزانه 🗌 مازاد 🗌 سهمیه تعهدی بومی🗌، مقطع.................. شماره دانشجویی……….… با آگاهي كامل نسبت به مقررات آموزشي، درخواست انصراف از تحصيل در نيمسال اول 🗌 دوم🗌 سال تحصيلي ….……. را داشته و تمامي عواقب ناشي از آن را به عهده مي گيرم. خواهشمند است در اين خصوص اعلام نظر فرمایيد.

تاريخ :

امضا دانشجو

**نظریه استاد مشاور : مهر و امضاء استاد مشاور**

**نظریه امور مالی:**

**امضاء امور مالی**

**مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**

تاريخ:..........................

شماره:...........................

بدینوسیله درخواست دانشجو به حضور ارسال می گردد.

**امضاء ریاست/ سرپرست دانشکده**

تاريخ:..........................

شماره:...........................

**نظريه مدیر محترم امور آموزشي و تحصیلات تکمیلی دانشگاه ...................................**

با عنايت به جلسه کمیته منتخب شوراي آموزشي دانشگاه شماره .............................. تاریخ ..................................... مطرح شد و با درخواست نامبرده موافقت گرديد 🗌 موافقت نگرديد🗌.

**افسانه گرشاد**

**مدیر امور آموزشي و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**