 **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**