



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده دندانپزشکی

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

دانشکده

فرم درخواست دانشجوی جهت تجدید نظر در نمره درس

به: اداره آموزش دانشکده

سلام علیکم

احتراما، اینجانب دانشجوی رشته ورودی به شماره دانشجویی تقاضای تجدیدنظر نمره درس استاد در نیمسال سال تحصیلی را دارم. خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمایید تا استاد مربوطه بررسی لازم را به عمل آورند.

امضا دانشجو

تاریخ

استاد ارجمند سرکار خانم/جناب آقای

احتراما، خواهشمند است نسبت به بررسی نمره امتحانی دانشجوی فوق ذکر بدون حضور نامبرده اقدام، و نتیجه را به آموزش دانشکده اعلام فرمایید.

مسئول آموزش دانشکده

مهر و امضا

به: اداره آموزش دانشکده

احتراما، نمره درس آقای/خانم دانشجوی رشته مورد تجدید نظر قرار گرفت و به علت

نمره قبلی تایید می گردد. ☐

نمره قبلی به نمره جدید، به عدد و به حروف تغییر می یابد.

امضا استاد

نمره جدید در لیست نمره ثبت شد.

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش

امضا و مهر