دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی- درمانی استان قزوین
(دانشکده دندانپزشکی)

شمـاره:
تاریـــخ:
پیوست:

تقاضای انصراف از تحصیل

معاون محترم آموزشی دانشکده

باسلام و احترام، اینجانب دانشجوی رشته ورودی نیمسال سال تحصیلی مقطع دوره روزانه به شماره دانشجویی این دانشگاه با اطلاع کامل از مقررات آموزشی مربوطه، بنا به درخواست مورخ به علت انصراف از تحصیل، با این دانشگاه تسویه حساب نموده ام.

امضاء دانشجو – تاریخ:

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً باتوجه به درخواست خانم/آقای به استحضار می رساند انصراف ازتحصیل نامبرده از نظر این دانشکده بلامانع می باشد. بدینوسیله اطلاعات تحصیلی وی به شرح زیر جهت هرگونه اقدام مقتضی اعلام می گردد.

الف: وضعیت دانشجواز نظر بهره مندی از آموزش رایگان: مشمول استفاده از آموزش رایگان می باشد.☐ نمی باشد.☐

سال ورود به دانشگاه	تاریخ دقیق ثبت نام	تاریخ شروع به تحصیل	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نیمسالهای تحصیلی گذرانده	تعداد واحد های انتخابی		تاریخ دقیق انصراف
						نظری	عملی و تخصصی	
توضیحات:								

ب: وضعیت تحصیلی دانشجو از نظر دارا بودن تعهد محضری: ☐ فاقد تعهد محضری ☐ دارای تعهد محضری (در صورت دارا بودن تعهد محضری تصویر تعهد نامه ضمیمه گردد).

مسئول اداره آموزش دانشکده **رئیس/ معاون آموزشی دانشکده**