** وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

 **درخواست انتقال** **دائم**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

احتراماً اینجانب……………………. دارای شماره شناسنامه....................................... صادره از ..................... فرزند ...................متولد ............. دانشجوی رشته.............................. ورودی................سهمیه ........................... دوره روزانه/شبانه که تا پایان نیمسال سال تحصیلی تعداد................. واحد درسی را با میانگین کل..................... گذرانده ام متقاضی انتقال به دانشگاه علوم پزشکی....................... می باشم .

ضمناً کلیه مشکلات آموزشی حاصل از این امر را عهده دار و عواقب ناشی از آن را می پذیرم.

در صورت موافقت دانشگاه مبداً با انتقال حداکثر پس از یک ماه جهت تسویه حساب مراجعه نمایم.

 **امضاء دانشجو** **: تاریخ :**

**اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت تاریخ: شماره:**

احتراماً ضمن تایید مندرجات فوق مراتب با نظر موافق شورای آموزشی دانشکده جهت هر گونه اقدام مقتضی ارسال می گردد. و به اطلاع می رساند که دانشجو از لحاظ مقررات و آیین نامه های آموزشی شرایط انتقال را دارند.

**امضاء و مهر رئیس آموزش دانشکده امضاء و مهر معاون آموزشی دانشکده**

**اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی.....................**

 **تاریخ: شماره:**

احتراماً ضمن ارسال عین درخواست دانشجوی فوق الذکر و تایید دانشکده با نظر موافق خواهشمند است ضمن بررسی لازم نتیجه را به این اداره کل اعلام فرمایید.

 **مدیر کل آموزش**