



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام  
اداره امور آموزش

بسمه تعالی

## برگ درخواست تغییر وضعیت آموزشی دانشجوی

### (انتقال دائم - جابجایی - تغییر رشته)

شماره : .....

تاریخ : .....

پیوست : .....

ریاست محترم دانشکده / آموزشکده پرستاری و مامایی

احتراماً اینجانب ..... شماره دانشجویی ..... ورودی نیمسال ..... رشته ..... دوره ..... این دانشگاه با آگاهی و احراز شرایط و آئین نامه های مصوب شورای عالی برنامه ریزی و سایر مقررات مندرج در بند این برگ و عدم داشتن سوء پیشینه کمیته انضباطی متقاضی انتقال دائم  جابجایی  تغییر رشته ( یا توام با انتقال یا اضطراری به رشته ) می باشم .

### نوع انتقال و شرایط

- ✓ 1- انتقال دائم ( گذراندن حداقل یک نیمسال در دانشگاه مبدا ( دکترای حرفه ای 2 نیمسال ) وحد اکثر نصف واحدهای مقطع تحصیلی )
- 2- جابجایی ( شرایط بند 1 و وجود دانشجوی همسان در دانشگاه مقصد به نام دانشگاه ورودی ( )
- 3- تغییر رشته ( یا توام با انتقال ) ( گذراندن حداقل  $\frac{1}{6}$  وحد اکثر  $\frac{1}{2}$  واحدهای مقطع تحصیلی ( دکترای حرفه ای  $\frac{1}{3}$  )
- 4- تغییر رشته اضطراری ( داشتن بیماری یا مشکل آموزشی با تأیید شورای آموزشی و پزشکی دانشگاه )

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ:

XX

### مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

در شورای آموزشی

احتراماً درخواست آقای /خانم

(1)

دانشگاه مطرح و با مورد بند

دانشکده با شماره صورتجلسه ی

موافقت بعمل آمد .

مدیر گروه

آموزش دانشکده

رئیس یا معاون آموزشی دانشکده

کارشناس نقل و انتقالات دانشگاه

XX

### مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی .....

سلام علیکم

دانشجوی

آقای/خانم .....

انتقال دائم

احتراماً این دانشگاه با

رشته ..... موافقت نموده است ، خواهشمند است دستور فرمائید از نتیجه اقدامات انجام شده این دانشگاه را مطلع فرمایند .٪ک

دکتر مصیب مظفری

مدیر امور آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه