



تاریخ:

شماره:

پیوست:

بسمه تعالی

فرم تقاضای انصراف از تحصیل

اینجانب نام.....نام خانوادگی.....فرزند.....شماره شناسنامه.....
صادره.....دانشجویی ترم.....دوره.....رشته پزشکی دانشکده پزشکی مراغه،
که تاکنون درواحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل از مقررات مربوطه، تقاضای انصراف دائم
از تحصیل را دارم .

امضاء دانشجو تاریخ

سال ورود به دانشگاه	تاریخ دقیق ثبت نام	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	تعداد نیمسال	تعداد واحد انتخابی		تاریخ دقیق انصراف
					نظری	عملی	

با توجه به مندرجات جدول فوق الذکر و مقررات آموزشی تاییدیه ترک تحصیل آقا/خانم.....صادر گردید.

دکتر علی احسانی

معاون آموزشی، تحقیقات، و دانشجویی فرهنگی