



«فرم تقاضای تغییر رشته»

| اینجانب | دانشجوی | رشته | به شماره دانشجویی | ورودی | با توجه به شرایط تغییر رشته |
|---------|---------|-------|-------------------|-------|-----------------------------|
| ۱- | | با کد | ۴- | با کد | |
| ۲- | | با کد | ۵- | با کد | |
| ۳- | | با کد | ۶- | با کد | |

ضمناً با آگاهی از اینکه پس از موافقت دانشکده و ارائه معرفی نامه توسط اداره خدمات آموزشی به رشته جدید به منزله تغییر رشته قطعی و نهائی محسوب شده و حق تغییر رشته به رشته دیگر از اینجانب سلب خواهد شد، نسبت به تغییر رشته اقدام می نمایم.

نام و امضاء متقاضی

تاریخ

اداره محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز

با ضمن تأیید مراتب فوق الذکر با توجه به مراتب زیر :

- ادامه تحصیل از نظر مقررات آموزشی
 - گذراندن حد اقل یک ششم و حد اکثر یک سوم واحد های دوره
 - نداشتن تعهد به دستگاه یا نهاد خاص دیگر
 - تاکنون تغییر رشته نداده اند
- تقاضای تغییر رشته نامبرده از نظر این دانشگاه بلامانع می باشد

معاون آموزشی دانشکده

رئیس اداره آموزش دانشکده

- امور آموزشی

دانشگاه علوم پزشکی

با تأیید احراز کد رشته توسط نامبرده به پیوست ریزنمرات ایشان جهت استحضار و صدور دستور لازم ارسال می گردد.

دکتر وحید زمانزاده

قائم مقام معاون آموزشی و

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی