

تاریخ:

شماره:

سوست:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول
معاونت آموزش

فرم درخواست دانشجوی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

معاونت محترم آموزشی دانشکده

سلام علیکم

اینجانب فرزند با شماره دانشجویی دانشجوی رشته ی
مقطع در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی درخواست زیر را از آموزش
دانشکده دارم. ضمناً مسئولیت عواقب ناشی از این گواهی برعهده دانشجو بوده و دانشگاه در این باره هیچگونه
مسئولیتی نخواهد داشت.

تاریخ، امضاء و اثر انگشت دانشجو

درخواست دانشجوی

امضاء استاد مشاور

امضاء مسئول
آموزش دانشکده

امضاء مدیر گروه

امضاء ریاست
دانشکده

امضاء معاونت
آموزشی دانشکده

دزفول - بلوار آزادگان جنب اداره راهنمایی و رانندگی - تلفن: ۰۶۱-۴۲۴۲۹۵۳۲-۰۶۱ نمابر: ۰۶۱-۴۲۴۲۹۰۴۱

پست الکترونیکی : info@Dums.ac.ir وب سایت : www.Dums.ac.ir