



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

بسمه تعالی

اعلام فراغت از تحصیل دانشجوی

دانشکده / آموزشکده:

تاریخ:

شماره:

پیوست:

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

سلام علیکم

احتراماً مدارک دانشجوی با مشخصات ذیل جهت اقدام لازم به پیوست ارسال می گردد.

عکس

مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی: رشته:

مقطع: کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری حرفه ای

نوع مقطع: پیوسته ناپیوسته دوره: روزانه شبانه

خلاصه وضعیت تحصیلی:

شروع به تحصیل:	<input type="checkbox"/> مهر	<input type="checkbox"/> بهمن	سال ۱۳
مدت تحصیل: نیمسال ماه	روز
ترم تابستانی:	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد نیمسال
میهمانی:	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد نیمسال
انتقالی:	<input type="checkbox"/> نمی باشد	<input type="checkbox"/> می باشد	از دانشگاه:
مرخصی تحصیلی:	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد نیمسال با احتساب سنوات نیمسال بدون احتساب سنوات
تعلیقی:	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد نیمسال
قبولی پره انترنی:	دوره	شهریور <input type="checkbox"/> اسفند <input type="checkbox"/>	سال نمره
تاریخ امتحان فینال:	۱۳/...../.....	نمره	تاریخ دفاع از پایان نامه: ۱۳/...../.....
تاریخ فراغت از تحصیل: ۱۳/...../.....			

رئیس دانشکده / آموزشکده

آموزش دانشکده