

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

جندی شاپور اهواز

**معاونت آموزشی**

بسمه تعالی

فرم درخواست

سنوات تحصیلی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی Ph.D

اینجانب ................................دانشجوی رشته ................................مقطع ................... به شماره دانشجویی ............................ ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ................ اکنون شاغل به تحصیل در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ................. می باشم . با توجه به اینکه طول مدت مجاز تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد دو سال/ دکترای تخصصی Ph.D چهار سال و نیم می باشد لذا متقاضی اخذ سنوات تحصیل در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ................. به مدت .............. ترم می باشم.

**تاریخ دفاع از پروپزال: Submit مقاله: دارد 🗌 ندارد🗌**

**تاریخ کد اخلاق:**

علت طول دوره و تأخیر در دفاع از پایان نامه:

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 نام و امضای دانشجو

نظریه استاد راهنما:

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

نام و امضای استاد راهنما نام و امضای مدیر گروه

**جناب آقای دکتر .................................**

**مدیریت محترم تحصیلا تکمیلی دانشگاه**

با سلام

احتراما بدینوسیله درخواست اخذ سنوات تحصیلی خانم/ آقای ............................................. دانشجوی رشته ........................................ مقطع ......................... به شمارره دانشجویی ..................................... و نظریه استاد راهنمای مربوطه جناب آقای/ سرکار خانم .....................................و تایید مدیر محترم گروه .................................. جناب آقای / سرکار خانم .................................................... جهت طرح در جلسه شورای تحصیلات تکمیلی / کمیسیون موارد خاص دانشگاه حضورتان ارسال می گردد.

معاون آموزشی دانشکده