



## فرم درخواست انصراف از تحصیل

به استناد تبصره (۱) ماده (۳۵) قانون خدمت وظیفه عمومی، دانشجویان مشمول در طول مدت تحصیلات دانشگاهی از دیپلم تا دکتری فقط یک بار مجاز به انصراف از تحصیل می‌باشند.

استاد راهنمای محترم تحصیلی دانشجویان مقطع ..... رشته ..... ورودی.....

با سلام و احترام، اینجانب ..... به شماره دانشجویی..... با وضعیت آموزشی زیر تقاضای انصراف از تحصیل را دارم. خواهشمند است اقدام لازم را مبذول فرمائید. با تشکر

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی دانشجو

تعداد واحدهای گذرانده	تعداد واحدهای درسی گذرانده	معدل کل
تعداد واحدهای درسی باقیمانده	تعداد نیمسالهای مشروطی	تعداد سنوات مجاز باقیمانده

موارد فوق مورد تایید است. نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش دانشکده تاریخ و امضاء

مدیر محترم گروه.....

با سلام و احترام. ضمن تایید موارد فوق، خواهشمند است دستور اقدام مقتضی را صادر فرمایید.

با تشکر  
استاد راهنمای تحصیلی

معاون محترم دانشکده.....

با سلام و احترام. به استحضار می‌رساند گروه آموزشی..... طی جلسه شماره ..... مورخ..... با تقاضای انصراف از تحصیل نامبرده موافقت نموده است. خواهشمند است دستور اقدام مقتضی را صادر فرمایید.

با تشکر  
مدیر گروه

تاریخ.....  
شماره.....

مدیر محترم امور آموزشی

با سلام و احترام. ضمن تایید درخواست فوق، خواهشمند است دستور اقدام مقتضی را صادر فرمایید.

با تشکر  
معاون دانشکده

تاریخ.....  
شماره.....

کارشناس محترم امور آموزشی

با سلام. نسبت به صدور حکم انصراف از تحصیل طبق مقررات اقدام نمایید.

با تشکر  
مدیر امور آموزشی دانشگاه گلستان



به نام خدا

### فرم اخذ تعهد کتبی قانون یک بار انصراف از تحصیل دانشجویان مشمولان

به استناد تبصره (۱) ماده (۳۵) قانون خدمت وظیفه عمومی، دانشجویان مشمول در طول مدت تحصیلات دانشگاهی از دیپلم تا دکتری فقط یک بار مجاز به انصراف از تحصیل می‌باشند.

با سلام و احترام،

اینجانب ..... به شماره دانشجویی..... با وضعیت آموزشی زیر تقاضای انصراف از تحصیل را دارم. خواهشمند است اقدام لازم را مبذول فرمائید. علاوه بر این متعهد می‌شوم که در صورت انصراف دوم ضمن عدم امکان ادامه تحصیل می‌بایست نسبت به تعیین تکلیف وضعیت خدمت سربازی اقدام نمایم.

با تشکر

نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ و امضاء و اثر انگشت

تعداد نیمسال های گذرانده	تعداد واحدهای درسی گذرانده	معدل کل
تعداد واحدهای درسی باقیمانده	تعداد نیمسال های مشروطی	تعداد سنوات مجاز باقیمانده

موارد فوق مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش دانشکده

تاریخ و امضاء

مدیر محترم امور آموزشی

با سلام و احترام

ضمن تایید موارد فوق، خواهشمند است دستور اقدام مقتضی را صادر فرمایید.

معاون دانشکده

تاریخ و امضاء