



بسمه تعالی

فرم درخواست انصراف از تحصیل

ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی

تکمیل توسط دانشجو	<p>معاون محترم آموزشی دانشکده</p> <p>با سلام و احترام، اینجانب دانشجوی مقطع دوره روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> رشته به شماره دانشجویی با آگاهی کامل از قوانین و مقررات آموزشی درخواست انصراف از تحصیل خود را تسلیم می نمایم. بدیهی است پس از صدور حکم انصراف از تحصیل، حق ادامه تحصیل نداشته و کلیه مسئولیت های آن برعهده اینجانب خواهد بود.</p> <p>نام و نام خانوادگی دانشجو</p> <p>امضا و تاریخ</p>
تکمیل توسط دانشکده	<p>مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p> <p>شماره تاریخ پیوست</p> <p>باسلام و احترام، بدینوسیله درخواست انصراف از تحصیل دانشجو با رعایت ماده ۱۴ آیین نامه دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته و گذشت یک ماه از درخواست نامبرده برای انجام اقدامات لازم به آن امور ارسال می گردد.</p> <p>معاون آموزشی دانشکده</p> <p>نام و نام خانوادگی و امضا</p>
تکمیل توسط مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه	<p>کارشناس محترم تحصیلات تکمیلی</p> <p>سرکار خانم / جناب آقای لطفاً بررسی و اقدام فرمایید.</p> <p>مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p>
تکمیل توسط کارشناس تحصیلات تکمیلی	<p>مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p> <p>سرکار خانم / جناب آقای باسلام و احترام وضعیت تحصیلی دانشجو بررسی و با توجه به عدم مغایرت قانونی، برای طرح در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه ایفاد می گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی کارشناس</p> <p>امضا و تاریخ</p>
تکمیل توسط دبیر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه	<p>شماره و تاریخ شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p> <p>نتیجه شورا</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>کارشناس محترم تحصیلات تکمیلی سرکار خانم / جناب آقای لطفاً اقدام فرمایید.</p> <p>دبیر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه</p>