

دانشکده علوم پزشکی قاین

فرم درخواست مرخصی دانشجویان

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی:

دانشکده:

رشته تحصیلی:

نیمسال درخواست مرخصی:

تاریخ درخواست مرخصی:

ادرس و تلفن تماس دانشجو:

تلفن تماس خانواده:

.....
درخواست دانشجو مبنی بر مرخصی تحصیلی:

نام و نام خانوادگی امضا

.....
نظر خانواده در مورد مرخصی دانشجو (پس از تماس کارشناس دانشکده با خانواده)

نام و نام خانوادگی امضا:

.....
نظر مشاوره استاد راهنما:

.....
نظر مرکز مشاوره: