



دانشگاه سمنان

مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی
درخواست آموزشی

مشخصات دانشجو

| | | |
|---------------------|--|----------------|
| نام و نام خانوادگی: | شماره دانشجویی: | رشته تحصیلی: |
| مقطع تحصیلی: | تعداد واحد گذرانده: | معدل کل: |
| تعداد ترم مشروط: | دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> | معدل کارشناسی: |
| | نوع سهمیه: | |

بدین وسیله ضمن تأیید موارد فوق گواهی می شود دانشجو کارت دانشجویی معتبر دارد.

کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء

موضوع درخواست:

شرح درخواست (به اختصار):

امضا دانشجو

امضاء و تاریخ

نظر مدیر گروه:

برای ارسال به شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:

شماره:

تاریخ:

مهر و امضاء و تاریخ

شماره:

تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده (تشکیل شده در تاریخ)

برای ارسال به تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء

محل شماره ثبت دفتر

از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه به کارشناس تحصیلات تکمیلی خانم/ آقای

با توجه به نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده لطفاً موضوع درخواست مذکور را برای تطابق با آیین نامه ها، مقررات و مصوبات بررسی نموده و اعلام نظر فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

امضاء کارشناس:

تاریخ:

نظر مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه: موافقت می گردد موافقت نمی گردد

در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح گردد

امضاء و تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

با درخواست مذکور موافقت شد مخالفت شد

براساس بند صورتجلسه مورخ