بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی

شماره: .....
تاریخ: .....
پیوست: .....

کمیسیون موارد خاص انتقال دانشجویان مقاطع کارشناسی‌ارشد و دکتری تخصصی

نام و نام خانوادگی دانشجو	رشته/مقطع تحصیلی	سال ورود	دانشگاه مبدا	دانشگاه مقصد	علت تقاضای انتقال	تعداد نیمسال گذرانده	تعداد واحد اخذشده/گذرانده	معدل کل