



معاونت آموزشی

بسمه تعالی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

«فرم تقاضای تغییر رشته»

اینجانب	دانشجوی	رشته پزشکی ورودی	به شماره
دانشجویی	ورودی	با توجه به شرایط تغییر رشته تقاضای بررسی تغییر	
رشته و انتقال اینجانب را به دانشگاههای مندرج در ذیل را دارم.			
۱-	با کد	۴-	با کد
۲-	با کد	۵-	با کد
۳-	با کد	۶-	با کد

ضمناً با آگاهی از اینکه پس از موافقت دانشکده و ارائه معرفی نامه توسط اداره خدمات آموزشی به رشته جدید به منزله تغییر رشته قطعی و نهائی محسوب شده و حق تغییر رشته به رشته دیگر از اینجانب سلب خواهد شد، نسبت به تغییر رشته اقدام می نمایم.

نام و امضاء متقاضی تاریخ

اداره محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز

با ضمن تأیید مراتب فوق الذکر با توجه به مراتب زیر :

- ☐ ادامه تحصیل از نظر مقررات آموزشی
 - ☐ گذراندن حداقل یک نیمسال تحصیلی و حداکثر یک دوم واحدهای دوره در مقاطع کاردانی ، کارشناسی پیوسته و کارشناسی ناپیوسته و گذراندن حداقل یک نیمسال تحصیلی و و حداکثر یک سوم واحدهای دوره در مقاطع دکتری عمومی رشته های پزشکی ، دندانپزشکی و داروسازی
 - ☐ نداشتن تعهد به دستگاه یا نهاد خاص دیگر
 - ☐ تاکنون تغییر رشته نداده اند
- تقاضای تغییر رشته نامبرده از نظر این دانشگاه بلامانع می باشد

معاون آموزشی دانشکده

رئیس اداره آموزش دانشکده

امور آموزشی دانشگاه

با تأیید احراز کد رشته توسط نامبرده به پیوست ریزنمرات ایشان جهت استحضار و صدور دستور لازم ارسال می گردد.

مدیر امور آموزشی دانشگاه