

بسمه تعالي

**درخواست تاییدیه تحصیلی و ریز نمرات دوره**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

**کاردانی□ کارشناسی ناپیوسته□ کارشناسی پیوسته□ کارشناسی ارشد□ دکتری حرفه ای □ دکترای تخصصی□**

قبل از تکمیل فرم توجه فرمایید: چنانچه به علت ناخوانا بودن خط، عدم تطبیق مشخصات داده شده با شناسنامه و مدارک تحصیلی در صدور تائیدیه و ریز نمرات تاخیر شود مسئولیت آن به عهده دانش آموخته است.

مدیر محترم امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی دانشگاه: ...............................

**با سلام و احترام**

اینجانب............................................. فرزند............................. به شماره شناسنامه............................... دارای کد ملی......................................... صادره از............... متولد ( روز، ماه ، سال) ..................... محل تولد ..................... با شماره دانشجویی ........................ در رشته ........................... گرایش............................ دوره روزانه□ شبانه □ از آن دانشگاه/ موسسه غیرانتفاعی/ آموزشکده در نیمسال اول□ نیمسال دوم□ دوره تابستانی□ سال................ فارغ التحصیل گردیده ام و اکنون در آزمون ورودی سال تحصیلی 1404-1403 در مقطع................................. رشته.................................. (نیمسال اول□ نیمسال دوم□ آموزش از راه دور□) در دانشگاه علوم پزشکی ایران پذیرفته شده ام، تقاضا دارم یک برگ گواهی فراغت از تحصیل حاوی:1- ریز نمرات 2- مدت بهره مندی از مزایای آموزش رایگان 3- وضعیت تعهدات 4- میزان بدهی 5- وضعیت خدمت لایحه قانونی نیروی انسانی6- سهمیه ثبت نامی در کنکور، معدل و تاریخ فراغت از تحصیل باشد صادر و به صورت محرمانه به نشانی تهران- بزرگراه شهید همت – جنب برج میلاد- دانشگاه علوم پزشکی ایران (ساختمان مرکزی)، معاونت آموزشی دانشگاه، اداره تحصیلات تکمیلی، کد پستی:1449614535 و صندوق پستی 354- 14665 ارسال گردد.

شماره دانشجویی مقطع فعلی در دانشگاه علوم پزشکی ایران:.......................................

نشانی و شماره تلفن دانش آموخته:........................................................................................................................................

**محل امضای دانش آموخته**

**تاریخ:**

**ثبت درخواست دانشجو در دبیرخانه دانشکده (دانشگاه مقطع قبلی):** .........

تاریخ: ..........................................................

شماره: .........................................................

**\*لازم است دانشجو شماره و تاریخ ثبت درخواست فوق در دانشگاه محل تحصیل قبلی را حداکثر تا پایان اولین نیمسال تحصیلی، به اداره آموزش دانشکده محل تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی ایران ارائه نماید.**