



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان



دانشکده دندانپزشکی

فرم حذف تگدرس

مدیر محترم گروه احتراماً به استحضار می رساند اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی در نیمسال سال تحصیلی تعداد واحد درسی را انتخاب و مشغول به تحصیل می باشم. براساس آیین نامه آموزشی متقاضی حذف درس به میزان واحد می باشم. یادآور می شود با حذف درس مذکور، مجموع واحدهای باقیمانده اینجانب کمتر از حد مجاز (۱۲ واحد) نخواهد بود. ضمناً متعهد می شوم کلیه مسئولیت عواقب ناشی از حذف این درس اعم از آموزشی و سنواتی را بپذیرم. خواهشمنداست طبق مقررات اقدام لازم معمول فرماید. شماره تماس : امضاء دانشجو : تاریخ :	متقاضی
اداره آموزش دانشکده دندانپزشکی با سلام طبق بررسی بعمل آمده غیبت دانشجو تا این تاریخ از حد مجاز تجاوز ننموده است. لذا حذف درس از نظر اینجانب بلامانع می باشد. مهر و امضاء مدیرگروه : تاریخ :	مدیر گروه
مراتب بررسی و حذف درس دانشجو اقدام گردید. تعداد واحد باقیمانده پس از حذف درس : امضاء کارشناس آموزش : تاریخ :	اداره آموزش