**دانشگاه علوم پزشکی ارومیه**

**«درخواست ميهمانی»**

*بسمه تعالی*

**معاون محترم آموزشی دانشکده دندانپزشکی**

احتراماً،اينجانب................................نام پدر ...................... کدملی ............................... دانشجوی شماره ............................ رشته دندانپزشکی مقطع دکتری عمومی ورودی سال. ................ با سهميه قبولی منطقه ....... که تاکنون تعداد ........ واحد درسی را با ميانگين کل............ گذرانده ام، با اطلاع کامل از ضوابط مربوطه از جمله عدم پذيرش دروس با نمرات کمتر از 12 و الزام به گذراندن مجدد آن و پذيرش مسئوليت عواقب احتمالی ناشی از آن، متقاضی ميهمانی در دانشگاه علوم پزشکی .......... ، در نيمسال .......... سال تحصيلی**........** ميباشم.

ضمناً متعهد می گردم ضمن پيگيری نمرات واحدهای درسی به صورت ميهمان در ديگر دانشگاه ها، نتيجه را حداکثر تا قبل از شروع نيمسال آينده به آموزش دانشگاه ارائه دهم.

**نشانی : تلفن همراه: امضاء متقاضی:**

**ميهمانی نامبرده با مشخصات فوق، جهت گذراندن دروس پيشنهادی زير بلامانع است.**شماره: تاریخ :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نظريه گروه آموزشی  | تعداد واحد | عنوان درس | رديف | نظريه گروه آموزشی  | تعداد واحد | عنوان درس | رديف |
|  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  | 13 |

**معاون آموزشی دانشکده**

نظريه شورای انضباطی دانشجويان:**نامبرده فاقد / دارای سابقه در اين شورا می باشد.** مهر و امضاء

شماره:

تاریخ :

**مدير محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی**

با سلام

 با توجه به موارد فوق، خواهشمند است دستور فرمائيد نظريه آن دانشگاه را در مورد درخواست ميهمانی نامبرده حداکثر تا قبل از شروع نيمسال تحصيلی آينده به اين مديريت اعلام و در صورت موافقت در پایان دوره میهمانی ریزنمرات نامبرده را به همراه تسویه حساب به این دانشگاه ارسال نمايند . **دکتر عباسی وش**

**مدير امورآموزشی دانشگاه**