

تاریخ : ۱۳۹۷/۰۶/۲۰  
شماره : ۱۳۲/۳/۶۷۵۱/پ  
پیوست: ندارد



## مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام،

بدینوسیله باستحضار می رساند درخواست تاییدیه تحصیلی مدارک مقاطع قبلی و ریزنمرات دانشجویان دانش آموخته آن دانشگاه (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ناپیوسته، کارشناسی ارشد، دکتری حرفه ای، دکتری تخصصی) که در سال جاری در این دانشگاه پذیرفته شده اند از طریق فرم پیوست و توسط شخص دانش آموخته و یا ارسال پستی به آن دانشگاه تقدیم می گردد. لذا خواهشمند است دستور فرمائید پاسخ این درخواست ها را با ارجاع به شماره و تاریخ این نامه به صورت محرمانه به آدرس: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - حوزه معاونت آموزشی کد پستی ۷۳۴۶۱-۸۱۷۴۶ ارسال فرمایند. قبلا از دستور همکاری سپاسگزاری می گردد.

  
دکتر محمدرضا صبری  
معاون آموزشی

email:education@mui.ac.ir  
website:www.edu.mui.ac.ir

آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت آموزشی  
تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۸۰۰۸ - ۳۷۹۲۸۰۰۰ - ۰۳۱  
نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۲۰۰۶  
کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۶۱ صندوق پستی ۱۴۹



بسم تعالی

## درخواست تاییدیه تحصیلی و ریزنمرات دوره

□ کاردانی □ کارشناسی ناپیوسته □ کارشناسی پیوسته □ کارشناسی ارشد □ دکترای 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 تاییدیه و ریزنمرات تاخیر شود مسئولیت آن به عهده دانش آموخته است.

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه:.....

### با سلام و احترام

اینجانب  
فرزند  
به شماره شناسنامه  
و شماره ملی  
صادره از  
متولد (روز، ماه، سال)  
محل تولد  
باشماره دانشجویی  
در رشته  
گرایش  
دوره روزانه □ شبانه □ از آن دانشگاه/موسسه غیر انتفاعی/آموزشکده در  
نیمسال اول □ نیمسال دوم □ دوره تابستانی □ سال  
فارغ التحصیل گردیده ام و اکنون در آزمون ورودی سال تحصیلی  
۹۷-۹۸ در مقطع  
رشته  
( نیمسال اول □ نیمسال دوم □ آموزش از راه دور □ )  
در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پذیرفته شده ام، تقاضا دارم یک برگ گواهی فراغت از تحصیل حاوی: ۱- ریزنمرات ۲- مدت بهره  
مندی از مزایای آموزش رایگان ۳- وضعیت تعهدات ۴- میزان بدهی ۵- وضعیت خدمت لایحه قانونی نیروی انسانی ۶- سهمیه ثبت نامی در  
کنکور، معدل و تاریخ فراغت از تحصیل باشد صادر و به صورت محرمانه به نشانی اصفهان، میدان آزادی، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم  
پزشکی اصفهان، معاونت آموزشی دانشگاه، اداره تحصیلات تکمیلی، کد پستی: ۸۱۷۴۶-۳۴۴۴۶ ارسال گردد.  
شماره دانشجویی مقطع فعلی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان:.....  
نشانی و شماره تلفن دانش آموخته:.....

### محل امضای دانش آموخته

#### تاریخ:

ثبت در خواست دانشجو در دبیرخانه 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 تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارائه نماید.