



بسم الله الرحمن الرحيم

تاریخ : ۱۴۰۱/۰۶/۱۲.....  
شماره : ۱۲۱۳/۶۹۲۷.....  
ساعت : ۱:۰۷.....  
پیوست: ۵.....

طرح عدالت و تعالی نظام سلامت

معاونت آموزشی

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه .....

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر پیامبر بزرگ اسلام (ص)، بدینوسیله باستحضار می‌رساند درخواست تاییدیه تحصیلی مدارک مقاطع قبلی و ریز نمرات 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 می‌گردد. لذا خواهشمند است دستور فرمائید پاسخ این درخواست ها 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 گردد. پیشاپیش از همکاری جنابعالی / سرکار عالی و همکاران محترم قدردانی به عمل می‌آید.

دکتر غلامرضا معصومی  
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\_۳۷۹۲۸۰۰۰-۳۱  
نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۲۰۰۶  
کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۶۱ صندوق پستی ۱۴۹



## درخواست تاییدیه تحصیلی و ریز نمرات دوره

معاونت آموزشی

□ 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 تأییدیه و ریز نمرات 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..... 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 ۱۴۰۲-۱۴۰۱ 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- ریز نمرات 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: ۳۴۴۴۶-۸۱۷۴۶  
ارسال گردد.

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

نشانی و شماره تلفن دانش آموخته:.....

محل امضای دانش آموخته

تاریخ:

تاریخ:.....
شماره:.....

ثبت درخواست دانشجوی در دبیرخانه دانشگاه (مقطع قبلی):.....

لازم است دانشجوی 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.