

تاریخ : ۱۴۰۳/۰۷/۰۶
شماره : ۱۲/۳/۷۲۳۴
ساعت : ۱۱:۵۴
پیوست : ۵ دارد

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه.....

با سلام و احترام،

بدینوسیله باستحضار می‌رساند درخواست تاییدیه تحصیلی مدارک مقاطع قبلی و ریزنمرات دانشجویان دانش آموخته آن دانشگاه (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ناپیوسته، کارشناسی ارشد، دکتری حرفه‌ای، دکتری تخصصی) که در سال جاری در این دانشگاه پذیرفته شده اند از طریق فرم پیوست و توسط شخص دانش آموخته و ارسال پستی به آن دانشگاه تقدیم می‌گردد. 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 هزارجریب- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - حوزه معاونت آموزشی - کد پستی ۷۳۴۶۱-۸۱۷۴۶ ارسال فرمایند. قبلا از دستور همکاری سپاسگزاری می‌گردد.


دکتر محمّد رضا صبری
معاون آموزشی
از طرف دکتر علیرضا ایرج پور
مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت آموزشی

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۸۰۰۰ - ۳۷۹۲۸۰۰۸

نمبر: ۰۳۱-۳۶۶۸۲۰۰۶

صندوق پستی ۱۴۹

کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۶۱



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 ۱۴۰۰-۱۴۰۱ 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 دانشجو در دبیرخانه دانشگاه (مقطع قبلی):.....