دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دانشکده دندانپزشکی

تقاضای انصراف از تحصیل دائم دستیار تخصصی

اینجانب دکتر : نام نام خانوادگی فرزند
شماره شناسنامه صادره از دانشجوی ترم
رشته دانشکده

این دانشگاه که تا کنون در واحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل از مقررات مربوطه به انصراف از تحصیل ، تقاضای ترک تحصیل دائم را دارم.

تاریخ و امضای دانشجو

سال ورود به دانشگاه	تاریخ دقیق ثبت نام	تاریخ شروع به تحصیل	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	تعداد نیمسال تحصیلی	تعداد واحد انتخابی		تاریخ دقیق انصراف
						نظری	عملی	