



تاریخ :

شماره :

بسمه تعالی

فرایند انتقال دستیاران تخصصی

اطلاعات فردی دستیار

نام خانوادگی :	نام :
نام پدر :	محل تولد :
کد ملی :	تاریخ تولد : ۱۳ / /
رشته دستیاری:	سال شروع دستیاری:
سهامیه قبولی :	تلفن همراه:

۲- دانشکده پزشکی

با عنایت به ارجاع درخواست توسط مدیر گروه محترم، موضوع در جلسه مورخ شورای آموزشی تحصیلات تکمیلی دانشکده بررسی و بدینوسیله موافقت این دانشکده اعلام می گردد.

توضیحات :

.....

مهر و امضاء سرپرست دانشکده پزشکی

۱- گروه مربوطه

موضوع درخواست نامبرده در جلسه مورخ شورای آموزشی گروه بررسی و بدینوسیله موافقت گروه اعلام می گردد.

توضیحات :

.....

مهر و امضاء مدیر گروه

۴- معاونت آموزشی دانشگاه

با عنایت به تایید مراجع مرتبط، موضوع درخواست نامبرده مورد تایید است.

توضیحات :

.....

مهر و امضاء معاونت آموزشی دانشگاه

۳- امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با توجه به موافقت دانشکده پزشکی، رعایت سقف ظرفیت های پذیرش دستیار مصوب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه و براساس قوانین جاری نقل و انتقالات دستیاران، موافقت می گردد. لازم به توضیح است مراتب اجرایی درخواست منوط به تایید نهایی این فرم توسط معاون محترم آموزشی دانشگاه خواهد بود.

توضیحات :

.....

مهر و امضاء مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه