



بسمه تعالی

## پردیس بین الملل بندرانزلی

### دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان



آ (۱-۱۸): فرم درخواست انتقال موقت ( میهمانی ) به دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی گیلان

#### ریاست محترم پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بندرانزلی

با احترام اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... دانشجوی رشته ..... مقطع ..... ورودی مهر/ بهمن سال تحصیلی ..... تاکنون تعداد ..... واحد را با معدل کل ..... گذرانده ام. با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات مندرج در پشت این فرم متقاضی انتقال موقت (میهمانی) دروس زیر در نیمسال اول/ دوم/ تابستان سال تحصیلی ..... در دانشکده ..... دانشگاه علوم پزشکی گیلان می باشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام مقتضی را مبذول دارند.

تاریخ و امضا دانشجو

#### ریاست محترم دانشکده ..... دانشگاه علوم پزشکی گیلان

شماره : .....

تاریخ : .....

با سلام و احترام؛

پس از بررسی های به عمل آمده، این دانشگاه با درخواست میهمانی خانم/ آقای ..... دانشجوی رشته ..... در نیمسال اول/ دوم/ تابستان سال تحصیلی ..... صرفاً برای دروس پیشنهادی ذیل به میزان ..... واحد موافقت نموده است. خواهشمند است دستور فرمایید از نتیجه اقدامات انجام شده، این دانشگاه را مطلع نموده و در صورت موافقت در پایان نیمسال نمرات نامبرده اقدام لازم مبذول فرمایند. در صورت عدم امکان ارائه کلیه واحدهای فوق با تعداد اعلام شده، لطفاً درخواست عودت داده شود.

| ردیف | کد درس | نام درس | نوع مالی درس | تعداد واحد | ردیف | کد درس | نام درس | نوع مالی درس | تعداد واحد |
|------|--------|---------|--------------|------------|------|--------|---------|--------------|------------|
| ۱    |        |         |              |            | ۵    |        |         |              |            |
| ۲    |        |         |              |            | ۶    |        |         |              |            |
| ۳    |        |         |              |            | ۷    |        |         |              |            |
| ۴    |        |         |              |            | ۸    |        |         |              |            |

جمع کل واحد به حروف ..... / به عدد

خواهشمند است نمرات ارسالی از دانشگاه مقصد منطبق با تعداد واحدهای ذکر شده هر درس در فرم باشد.

معاون آموزش پایه/ بالین پزشکی/ بالین دندانپزشکی

واحد مالی پردیس

کارشناس آموزش

شهریه ثابت ترم را در واحد پردیس پرداخت نموده است. ☐ خیر ☐ بلی

#### مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

شماره : .....

تاریخ : .....

با سلام و احترام

به استحضار میرساند این دانشکده با درخواست میهمانی خانم / آقای ..... دانشجوی رشته ..... در نیمسال اول/ دوم/ تابستان سال تحصیلی ..... صرفاً برای دروس پیشنهادی فوق موافقت نموده است. خواهشمند است دستورات لازم جهت تسویه حساب مالی و سایر امور مربوطه را مبذول فرمایید.

کارشناس آموزش دانشکده .....

#### ریاست محترم دانشکده ..... دانشگاه علوم پزشکی گیلان

شماره : .....

تاریخ : .....

با سلام و احترام

خواهشمند است دستور فرمایید در پایان نیمسال جهت اعلام نمرات نامبرده اقدام لازم صورت پذیرد. در صورت هر گونه تغییر در نحوه اخذ دروس مذکور این معاونت را مطلع فرمایید.

مدیر امور آموزشی دانشگاه

امور مالی معاونت آموزشی