



دانشگاه سمنان

مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی  
درخواست آموزشی

مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: رشته تحصیلی:  
مقطع تحصیلی: تعداد واحد گذرانده: معدل آخرین ترم: معدل کل:  
تعداد ترم مشروط: دوره: روزانه  شبانه  نوع سهمیه: معدل کارشناسی:

بدین وسیله ضمن تأیید موارد فوق گواهی می شود دانشجو کارت دانشجویی معتبر دارد.

کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء

موضوع درخواست:

شرح درخواست ( به اختصار):

امضا دانشجو

امضاء و تاریخ

نظر مدیر گروه:

برای ارسال به شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده:

شماره:

تاریخ:

مهر و امضاء و تاریخ

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده ( تشکیل شده در تاریخ (

برای ارسال به تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

شماره:

تاریخ:

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء

محل شماره ثبت دفتر

از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه به کارشناس تحصیلات تکمیلی خانم/ آقای .....

با توجه به نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده لطفاً موضوع درخواست مذکور را برای تطابق با آیین نامه ها، مقررات و مصوبات بررسی نموده و اعلام نظر فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

امضاء کارشناس:

تاریخ:

نظر مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه: موافقت می گردد  موافقت نمی گردد

در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح گردد

امضاء و تاریخ:

نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

با درخواست مذکور موافقت شد  مخالفت شد

براساس بند صورتجلسه مورخ