



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 کل:
تعداد ترم مشروط:	دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>	معدل کارشناسی:
	نوع سهمیه:	

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