



## فرم درخواست اخذ درس معرفی به استاد دانشجویان

بسمه تعالی

باتوجه به تبصره 1 ماده 12 آئین نامه آموزشی ، شرایط استفاده از معرفی به استاد بشرح زیر اعلام میشود:

- 1- دانشجو برای فراغت از تحصیل تنها یک درس تئوری باقیمانده داشته باشد
  - 2- دانشجو دارای یکی از شرایط زیر باشد:  
 آقبلا "آن درس را اخذ نموده باشد  
 در مقطع بالاتر پذیرفته شده باشد  آقبلا"در کلاسهای مربوطه حضور داشته باشد  
 آدرس مورد نظر در آن نیمسال ارائه نشده باشد  استوآت تحصیلی دانشجو به اتمام رسیده باشد
  - 3-استاد درس با اخذ درس دانشجو به شکل معرفی به استاد موافقت داشته باشد
- تبصره 2 ماده 12 ) آئین نامه آموزشی :چنانچه دانشجو در درس معرفی به استاد نمره مردودی گرفت در نیمسال بعد ملزم به انتخاب مجدد آن درس و شرکت در کلاس مربوط و کسب نمره قبولی است.**

<b>دانشنامه</b>	<p><b>معاون ممتزم آموزش ، پژوهشی و دانشمویی دانشكده</b> دندانبزشكی،</p> <p>اینچانب دانشجوی رشته مقطع دوره با شماره دانشجویی دانشجوی ترم آخر، متقاضی اخذ درس نظری با شماره درس به ارزش به صورت معرفی به استاد در نیمسال سال تحصیلی می باشم. خواهشمند است دراین مورد اظهار نظر فرمائید تاریخ و امضاء دانشجو</p>
<b>آموزش</b>	<p><b>مدیر ممتزم گروه آموزشی</b> .....</p> <p>با توجه به تبصره 1 ماده 12 آئین نامه آموزشی و بررسی وضعیت تحصیلی دانشجو خانم / آقای امکان ارائه درس به صورت معرفی به استاد مورد تأیید می باشد . خواهشمند است نمره مشارالیه را حداکثر تا تاریخ به آموزش دانشکده پیراپزشکی اعلام فرمائید . دکتر آمنة تقدیس، امضاء معاون آموزشی ، پژوهشی و دانشجویی دانشکده</p>
<b>مدیر گروه</b>	<p><b>سرکار خانم / جناب آقای مدرس ممتزم درس</b></p> <p>با درخواست دانشجوی فوق جهت اخذدرس نظری به ارزش در نیمسال اول - دوم سال تحصیلی موافقت می گردد. خواهشمند است ضمن هماهنگی با دانشجو نسبت به تعیین و اخذ امتحان ، نتیجه را گزارش فرمائید . امضاء مدیر گروه</p>
<b>مدارس درس</b>	<p><b>مدیر ممتزم گروه آموزشی</b> .....</p> <p>نمره دانشجوی فوق در درس با عدد و با حروف می باشد . امضاء مدرسی درس</p>
	<p><b>معاون ممتزم آموزش ، پژوهشی و دانشمویی دانشكده</b> دندانبزشكی،</p> <p>بدینوسیله نمره درس خانم / آقای در نیمسال جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می گردد. تاریخ و امضاء مدیر گروه</p>
	<p><b>معاون ممتزم آموزش ، پژوهشی و دانشمویی دانشكده</b> : دندانبزشكی،</p> <p>بدینوسیله نمره درس خانم / آقای در نیمسال جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می گردد. تاریخ و امضاء مدیر گروه</p>

کاشان- بلوار قطب راوندی- بلوار پزشک -دانشگاه علوم پزشکی کاشان- دانشکده دندانپزشکی

کد پستی: ۸۷۱۵۹۸۸۱۴۱ تلفن: ۰۳۱-۵۵۶۲۰۰۴۵ فکس: ۵۵۸۸۱۱۲۸ ایمیل: [dnt@kaums.ac.ir](mailto:dnt@kaums.ac.ir) وب سایت: [dnt.kaums.ac.ir](http://dnt.kaums.ac.ir)