

## فرم تقاضای همنیازی دروس

### مسئول محترم آموزش دانشکده دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی ورودی ..... با شماره دانشجویی ..... تقاضای اخذ همنیاز دروس ذیل را در نیمسال ..... سال تحصیلی ..... دارم .

نام درس	نام درس پیش نیاز	نمره اخذ شده درس پاس نشده

امضاء دانشجو

نظریه استاد مشاور :

استاد مشاور  
امضاء

مدیر گروه آموزشی  
امضاء

درخواست نامبرده در ..... جلسه شورای آموزشی دانشکده دندانپزشکی مورخ ..... مطرح و به تصویب رسید .

معاون آموزشی، پژوهشی دانشکده دندانپزشکی  
امضاء