

فرم تقاضای همپایازی دروس

مسئول محترم آموزش دانشکده دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته دندانپزشکی ورودی با شماره دانشجویی

..... تقاضای اخذ همپایازی 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 :

مدیر گروه آموزشی
امضاء

استاد مشاور
امضاء

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

معاون آموزشی، پژوهشی دانشکده دندانپزشکی
امضاء