



دانشکده پیراپزشکی

بسمت کلی

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم شماره ۳۱۵ : تقاضای انصراف

ریاست محترم دانشکده پیراپزشکی جناب آقای دکتر رباط جزیی

سلام علیکم:

احتراماً؛ اینجانب ----- فرزند ----- دارای
شماره شناسنامه ----- صادره از ----- دانشجوی رشته -----
----- مقطع ----- در تاریخ ----- انصراف
خود را اعلام می دارم. خواهشمند است مساعدت نمائید..

امضاء دانشجو

سبزواری: بلوار شهدای هسته ای، بالاتر از مزار شهدای گمنام، پردیس دانشگاه
علوم پزشکی سبزواری حوزه معاونت آموزشی
کدپستی: ۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴-۹۶۱۷۹۱۳۱۱۴
تلفن: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۳۰۰-۶
نمابر: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۴۴۰
آدرس اینترنتی: www.medsab.ac.ir
پست الکترونیکی: p.s@medsab.ac.ir