

باسمه تعالی

فرم هم نیاز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران
دانشکده سراسری پزشکی

جناب آقای / سرکار خانم

مدیر محترم گروه

باسلام؛

احتراما اینجانب دانشجو رشته ورودی به شماره دانشجویی متقاضی اخذ واحدهای زیر به صورت هم نیاز به دلایل زیر می باشم. اطلاع دارم چنانچه موفق به اخذ نمره قبولی در درس پیش نیاز نشوم، درس هم نیاز بنده حتی در صورت کسب حدنصاب نمره لازم، قابل قبول نبوده و ملزم به اخذ مجدد آن می باشم.

-۱

دلایل:

-۲

نام درس پیش نیاز	روز و ساعت تشکیل کلاس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
-۱			

نام درس هم نیاز	روز و ساعت تشکیل کلاس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
-۱			

تاریخ:

امضا دانشجو

امضا مدیر گروه:

امضا رئیس اداره خدمات آموزشی:

امضا معاون آموزشی: