**اداره محترم آموزش مرکز آموزش عالی علوم پزشکی وارستگان**

 با سلام

احتراماً بدینوسیله به استحضار می رساند اینجانب ................................................

دانشجوی انتقالی [ ]  دانشجوی انتقالی و تغییر رشته [ ]  دانشجوی تغییر رشته [ ]

دانشجوی انصرافی [ ]  دانشجوی فارغ التحصیل [ ]  دانشجوی اخراجی [ ]

 رشته ................................................. دانشگاه ........................................................

به شماره دانشجویی ............................................ خواهشمندم با تطبیق واحدهای گذرانده اینجانب به شرح جدول زیر موافقت فرمایند. ضمناً اینجانب با پرداخت هزینه واحدهای تطبیقی خود که معادل 5 درصد شهریه ثابت می باشد موافقت دارم.

 **امضاء دانشجو**

**لیست دروس مورد قبول**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ملاحظات** | **نمره به حروف** | **نمره به عدد** | **تعداد واحد** | **شماره درس** | **نام درس** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  |  |  | **12** |
|  |  |  |  |  |  | **13** |
|  |  |  |  |  |  | **14** |
|  | **جمع واحد مورد قبول** |  |

**اعضاء گروه تطبیق :**

کارشناس امور آموزشی : مدیر گروه آموزشی : مدیر امور آموزشی :

/

مدیر امور مالی : معاون آموزشی :