



فرم درخواست تمدید سنوات دانشجویان

فرم شماره ۷

تاریخ:

شماره:

گروه آموزشی:

دانشکده:

مدیر محترم گروه.....

با سلام؛ احتراماً اینجانب ..... دانشجوی ورودی نیمسال..... سال.....  
رشته‌ی ..... گرایش..... به شماره دانشجویی..... که تا کنون تعداد.....  
واحد درسی را با معدل کل..... گذرانده و در ارزیابی جامع مورخ..... نمره‌ی قبولی کسب نموده‌ام، به دلیل.....  
.....  
.....  
درخواست تمدید سنوات برای بار اول برای نیمسال اول / دوم سال تحصیلی..... برابر مقررات مربوطه را دارم.

نام و نام خانوادگی دانشجو:.....

تاریخ / امضاء:.....

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

درخواست تمدید سنوات دانشجوی مذکور در جلسه‌ی مورخ..... گروه..... مطرح و مورد موافقت قرار گرفت.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:.....

تاریخ / امضاء:

معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

درخواست تمدید سنوات دانشجو در جلسه‌ی مورخ..... شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده..... مطرح  
و مورد موافقت قرار گرفت.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی / مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده:

تاریخ / امضاء:

رونوشت کارشناس محترم آموزش دانشکده برای آگاهی و اقدام لازم برابر مقررات.