



مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی مجازی
نور طلویی

طرح درخواست در شورای آموزش

شماره:

تاریخ:

پیوست:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: رشته تحصیلی: مقطع:

شماره دانشجویی: شماره تلفن همراه:

شرح درخواست دانشجو:

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت:

نظر کارشناس رشته:

تاریخ:

مهر و امضا کارشناس رشته:

اعلام نتیجه شورای تحصیلات تکمیلی:

درخواست نامبرده در جلسه شماره مورخ شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح و بررسی شد و مقرر گردید:

تاریخ:

مهر و امضا معاون / مدیر آموزش: