



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

بسمه تعالی

مدیریت محترم دفتر هماهنگی مراکز تحقیقاتی

با سلام واحترام

به استحضار می رساند اینجانب دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی مرکز

تحقیقات ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی به علت :

نیاز به اعطای یک ترم فرصت تحصیلی اضافی در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی برای

اولین / دومین بار، در مرحله اول / دوم دوره رادارم .

خواهشمنداست عنایت نموده و با در خواست اینجانب موافقت فرمایید.

***** دانشجوی گرامی تکمیل این فرم به منزله انتخاب واحد نمی باشد.**

شماره تلفن ثابت :

شماره تلفن همراه :

تاریخ :

امضاء دانشجو :

تأیید استاد راهنمای محترم

تأیید رئیس مرکز تحقیقات