|  |
| --- |
| اینجانب ............................................. به شماره دانشجویی .................................... رشتۀ ............................................. گرایش ............ دوره کارشناسی ارشد🞏 دکتری🞏 به دلیل فراغت از تحصیل 🞏 قبولی در تکمیل ظرفیت رشتۀ جدید🞏 انتقال به دانشگاه دیگر🞏 بازگشت از مهمانی و مراجعه به دانشگاه مبدأ🞏 انصراف از تحصیل🞏 اخراج آموزشی🞏 متقاضی تسویه حساب با واحدهای زیر هستم. **نشانی محل سکونت :**استان .......................................... شهرستان .................................................. خیابان ........................................................ کوچه ....................................... پلاک ........... کد تلفن منزل ...................... شماره تلفن منزل ...................................... شماره تلفن همراه ............................................ تاریخ:  **امضاء دانشجو** |
| 1. **مدیر گروه آموزشی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **رئیس ادارۀ آموزش و امور دانشجویی دانشکده**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |
| 1. **مسئول آزمایشگاه مرکزی دانشکده دامپزشکی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **رئیس کتابخانه دانشکده دامپزشکی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |
| 1. **مدیر مزرعه آموزشی دانشکده دامپزشکی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **رئیس حسابداری دانشکده دامپزشکی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |
| 1. **معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده دامپزشکی**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **کتابخانه مرکزی دانشگاه**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |
| 1. **ادارۀ امور دانشجویی دانشگاه**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **ادارۀ حراست دانشگاه**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |
| 1. **امور بین‌الملل دانشگاه (ویژه‌ دانشجویان خارجی)**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: | 1. **حسابداری شبانه‌ دانشگاه**

نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضاء: |

* این قسمت توسط کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه تکمیل شود

|  |
| --- |
| آقای / خانم .................................................... دانش‌آموختۀ رشتۀ .................................................. ورودی سال ......................... با کلیه قسمت‌های دانشگاه تسویه حساب نموده و کارت دانشجویی خود را تحویل داده است.**نام و نام خانوادگی کارشناس:** مهر و امضاء  |