



فرم تسویه حساب دانشجویان تحصیلات تکمیلی

اینجانب به شماره دانشجویی رشته گرایش
 مقطع به دلیل فراغت از تحصیل قبولی در تکمیل ظرفیت رشته جدید انتقال به دانشگاه
 دیگر بازگشت از مهمانی و مراجعه به دانشگاه مبدأ انصراف از تحصیل اخراج آموزشی متقاضی تسویه حساب با
 واحدهای زیر می باشم.

نشانی محل سکونت: استان شهرستان خیابان کوچه
 کد تلفن منزل شماره تلفن منزل شماره تلفن همراه
 پلاک

تاریخ : امضای دانشجو

<p>(۲) رئیس اداره آموزش و امور دانشجویی دانشکده نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>	<p>(۱) مدیر گروه آموزشی نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>
<p>(۴) رئیس کتابخانه دانشکده نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>	<p>(۳) مسئول آزمایشگاه مرکزی دانشکده (در صورت وجود) نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>
<p>(۶) کتابخانه مرکزی دانشگاه نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>	<p>(۵) رئیس حسابداری دانشکده نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>
<p>(۸) مدیریت حراست دانشگاه نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>	<p>(۷) اداره امور دانشجویی دانشگاه نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>
<p>(۱۰) حسابداری شبانه دانشگاه نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>	<p>(۹) امور بین الملل دانشگاه (ویژه دانشجویان خارجی) نام و نام خانوادگی مسئول: مهر و امضا:</p>

این قسمت توسط کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه تکمیل گردد

آقای / خانم دانش آموزخته رشته ورودی سال با کلیه قسمت های
 دانشگاه تسویه حساب نموده و کارت دانشجویی خود را تحویل داده است.

نام و نام خانوادگی کارشناس:

مهر و امضا