

(فرم میهمانی دوره بالینی)

معاون محترم آموزشی دانشکده پزشکی

سلام علیکم

اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی متقاضی گذراندن دوره کارآموزی/ کارورزی دروس ذیل در نیمسال اول ☐ دوم ☐ تابستان ☐ سال تحصیلی در دانشگاه می باشم.

خواهشمند است در صورت موافقت مراتب را جهت اقدامات بعدی به مدیریت امور آموزشی دانشگاه منعکس فرمایید.

لازم به ذکر است، ضمن آگاهی و پذیرش موارد ذیل، مسئولیت هر گونه عواقب و مشکلات احتمالی ناشی از میهمانی را پذیرا می باشم:

- ۱- در صورت طولانی شدن دوره میهمانی و تداخل آن با دیگر بخش ها یا دیگر دروس تئوری خود، متعهد به حذف بخش یا دروس تداخل یافته بوده و پذیرای هر گونه عواقب و تبعات درخواست میهمانی می باشم.
- ۲- هر گونه تغییر و کاهش یا افزایش دروس مندرج در لیست زیر با تایید دانشگاه مبدا صورت خواهد پذیرفت، در غیر این صورت نمرات مربوطه پذیرفته نخواهد شد.
- ۳- تمامی هزینه های احتمالی، پیگیری درخواست و تحویل آن به دانشگاه مقصد را پذیرا می باشم.

ردیف	نام درس	تعداد واحد	کد درس	از تاریخ	الی تاریخ
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

امضاء دانشجو

شماره دانشجویی:

شماره تماس:

معاون محترم آموزشی دانشکده پزشکی

سلام علیکم

درخواست فوق، مربوط به دانشجو بررسی گردیده و مورد تایید می باشد.

خانم/ آقای دکتر مدیر گروه

مدیریت محترم آموزش کارشناسی و دکتری حرفه ای دانشگاه

شماره

تاریخ

سلام علیکم

ضمن تایید مندرجات فوق، مراتب با نظر موافق جهت هر گونه اقدام مقتضی اعلام می گردد.

معاون آموزشی دانشکده پزشکی

شماره

تاریخ

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

بدین وسیله خانم/ آقای دانشجوی پزشکی مقطع جهت گذراندن دروس فوق الذکر در نیمسال اول ☐ دوم ☐ تابستان ☐ سال تحصیلی به آن دانشگاه/ دانشکده محترم معرفی می گردد. خواهشمند است در صورت موافقت، دستور فرمایید ریز نمرات نامبرده در پایان دوره میهمانی به معاونت آموزشی دانشگاه شاهد ارسال گردد.

مدیر آموزش کارشناسی و دکتری حرفه ای