



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
بسمه تعالی



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ:

فرم درخواست افزایش سنوات تحصیلی

نام و نام خانوادگی دانشجو:	مقطع:	رشته تحصیلی:
ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی	معدل کل:	تاریخ آزمون جامع:
تاریخ تصویب پروپوزال در گروه:		
تاریخ تصویب پروپوزال در تحصیلات تکمیلی:		
نیمسال درخواست افزایش سنوات:		

لطفا دلیل افزایش مدت تحصیل خود را شرح دهید

تایید مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی	تایید مدیر گروه	تایید استاد / اساتید راهنما	
مهر و امضاء	مهر و امضاء	امضاء	استاد راهنمای اول
		امضاء	استاد راهنمای دوم