

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

دانشکده بهداشت

فرم درخواست مرخصی روزانه دانشجویان رشته دکتری تخصصی

آقای ..... مدیر محترم گروه ..... خواهشمند  
است موافقت فرمائید اینجانب ..... دانشجوی رشته دکتری تخصصی بهداشت  
محیط به مدت ..... از تاریخ ..... تاریخ .....  
به علت ..... از مرخصی استحقاقی ( طبق ماده ۵۰ بند ۴-۵۰ فصل نهم آیین  
نامه آموزشی دوره دکتری تخصصی (Ph.D) ) موافقت فرمائید.

امضاء دانشجو

امضاء مدیر گروه

با مرخصی نامبرده موافقت می شود

دکتر عباس خدابخشی

ریاست دانشکده بهداشت

امضاء

رونوشت: آموزش دانشکده جهت درج در پرونده دانشجو