

مدیر محترم گروه آموزشی

با سلام و احترام، اینجانب

شماره دانشجویی

دانشجوی دوره کارشناسی ارشد/دکتری (Ph.D) رشته

بنا به دلایل زیر درخواست انصراف دائم از تحصیل دارم.

به

.....

.....

.....

خواهشمند است با درخواست فوق موافقت فرمائید.

امضاء:

تاریخ:

نظر مدیر گروه (بخش) مربوط:

.....

تاریخ:

نام و نام خانوادگی مدیر گروه (بخش)

امضاء:

تاریخ: .....

شماره: .....

مدیر کل محترم امور آموزشی دانشگاه

سلام علیکم

بدینوسیله باطلاح می‌رساند، درخواست انصراف دائم از تحصیل آقای/خانم

گرفت انگرفت.

بررسی و مورد موافقت قرار

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده

امضاء

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی دانشکده

امضاء

### توجه

با توجه به ائین‌نامه دوره تحصیلات تکمیلی چنانچه دانشجو حداکثر تا بعد از یکماه درخواست خود را پس نگیرد، دانشگاه نسبت به صدور گواهی انصراف اقدام خواهد کرد.

### ملاحظات مهم

- ۱- دانشجو در زمان درخواست انصراف نباید مشمول مقررات مربوط به اخراج باشد.
- مورد فوق توسط اداره آموزش دانشکده بررسی می‌شود.
- ۲- چنانچه دانشجو بعد از یکماه درخواست خود را پس نگیرد حکم انصراف صادر خواهد شد.
- ۳- معاون آموزشی دانشکده باید موضوع موافقت یا عدم موافقت با درخواست انصراف از تحصیل دانشجو را به اطلاع شورای دانشکده برساند.