



دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

واحد بین المللی اروند

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی دانشجو :

شماره دانشجویی :

رشته تحصیلی :

ورودی سال تحصیلی :

دانشگاه مورد تقاضا :

دلایل درخواست تقاضای انتقال :

.....
.....
.....

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء و تاریخ

نظریه استاد راهنما :

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

امضاء و تاریخ

نظریه شورای آموزشی واحد :

معاون آموزشی واحد بین الملل

مهر و امضاء

نظریه شورای آموزشی دانشگاه :

معاون آموزشی دانشگاه

مهر و امضاء