بسمه تعالی

تاریخ:

  شماره:

 پیوست:

به: مدیریت محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

از: معاونت آموزشی دانشکده دندانپزشکی

موضوع: اعلام فراغت از تحصیل

دانشکده دندانپزشکی دوره: روزانه / شبانه شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تابعیت: تاریخ تولد: / / 13 جنسیت: زن / مرد شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی: وضعیت نظام وظیفه:

رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی: نوع مقطع تحصیلی: پیوسته / ناپیوسته گرایش: سهمیه قبولی: سهمیه ثبت نامی: کد رشته سنجش: شماره کارنامه:

نوع تعهد: بورسیه: تعهد محضری: طول مدت تعهد: مؤسسه طرف تعهد: طول مدت اینترنی: آموزش رایگان: تعداد نیمسال مدت تحصیل: تعداد ماه مدت تحصیل: تعداد نیمسال مرخصی تحصیلی: تعداد نیمسال تعلیقی:

سال قبولی در کنکور: تاریخ ثبت نام در دانشگاه: / / 13 نیمسال شروع به تحصیل: اول / دوم تاریخ فراغت از تحصیل: / / 13 معدل کل به عدد: / معدل کل به حروف:

مقاطع قبلی دانشگاه:

مقطع 1: رشته: تاریخ فراغت: / / 13 میزان بدهی: ریال

مقطع 2: رشته: تاریخ فراغت: / / 13 میزان بدهی: ریال

وام تحصیلی: ریال وام مسکن: ریال وام ضروری: ریال هزینه خوابگاه: ریال سایر هزینه های تحصیلی: ریال کمک هزینه: ریال بیمه دانشجویی: ریال **جمع میزان بدهی:** ریال

توضیحات:

آدرس:

شماره تلفن: کد شهر:

تاریخ پایان دوره: / / 13 تاریخ قبولی گواهی نامه: / / 13 تاریخ قبولی دانشنامه: / / 13 تاریخ تحویل پایان نامه: / / 13

**\*صحت مندرجات این برگ حاوی مشخصات دانش آموخته فوق الذکر با مقررات و آیین نامه های آموزشی گواهی می شود.**

 مسئول آموزش معاون آموزشی دانشکده