دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

دانشکده بهداشت

شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم هم نیاز شدن دروس

استاد محترم مشاور

باسلام

اینجانب..... به شماره دانشجویی .....دانشجوی مقطع ..... رشته .....دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان متقاضی هم نیاز شدن دروس ذیل در نیمسال ..... سال تحصیلی ..... می باشم. ضمناً به اطلاع می رساند اینجانب قبلا هیچ درسی را هم نیاز نکرده ام.

مشخصات دروس پیشنیاز		مشخصات دروس پس نیاز یا هم نیاز	
نام درس	تعداد واحد	نام درس	تعداد واحد

نام و امضاء دانشجو

.....

مدیر محترم گروه .....

با سلام

نظر به اینکه دانشجوی مذکور تا کنون هیچ درسی را هم نیاز نکرده است ، با درخواست ایشان موافقت می شود .

نام و امضاء استاد مشاور

.....

معاون محترم آموزشی دانشکده

با سلام

نظر به تائید استاد محترم مشاور دانشجوی مذکور با درخواست ایشان موافقت می شود .

نام و امضاء مدیر گروه

.....

مسئول محترم آموزش دانشکده بهداشت

با سلام

نظر به تائید گروه محترم آموزشی مربوطه به استحضار می رساند که هم نیاز سازی دروس ذکر شده در دانشکده انجام گردد.

معاون آموزشی دانشکده بهداشت

.....

تذکر: هر دانشجو در طول مدت تحصیل فقط یکبار می تواند دو درس را در یک نیمسال هم نیاز نماید.

آدرس: بندرعباس بلوار جمهوری اسلامی جنب بیمارستان شهید محمدی انتهای کوچه بوستان دهم صندوق پستی ۳۳۸۸ تلفن: ۳۳۳۳۴۶۲۰۲/۳۳۳۳۸۵۸۳-۰۷۶ نمابر: ۳۳۳۳۸۵۸۴-۰۷۶ کدپستی: ۷۹۱۱۱۱۶۱۰۷۵۳ پایگاه الکترونیکی: www.hums.ac.ir