



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان

برگه تسویه حساب انصراف، انتقال، تغییر رشته

ریاست محترم دانشکده

با سلام و احترام؛

بدینوسیله به استحضار می‌رساند:

نظر به اینکه با انتقال انصراف تغییر رشته اینجانب با شماره دانشجویی.....
ورودی..... دوره..... رشته..... در تاریخ..... در مقطع کاردانی کارشناسی کارشناسی
نابوابسته کارشناسی ارشد دکتری دکتری (Ph.D) دستیار تخصصی موافقت شده است، خواهشمند است دستور فرمائید
نسبت به تسویه حساب این جانب اقدام لازم مبذول گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول آموزش

نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ و امضاء

تاریخ و امضاء

.....

به: مدیریت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام؛

به این وسیله به استحضار می‌رساند، مراتب فوق مورد تایید می‌باشد. خواهشمند است دستور فرمایید تا نسبت به
تسویه حساب با نامبرده اقدام فرمایند.

معاون آموزشی دانشکده

ریاست دانشکده

* آدرس دائمی دانشجو:

* شماره تلفن:

معاونت دانشجویی ، فرهنگی دانشگاه:

مسئول خوابگاه امضاء و مهر	تربیت بدنی امضاء و مهر	کمیته انضباطی امضاء و مهر مسئول	امور فرهنگی و فوق برنامه امضاء و مهر مسئول
------------------------------	---------------------------	------------------------------------	-----------------------------------------------

واحد امور رفاهی :

شماره تعهد محضری: شماره دفترخانه: شهر محل اخذ تعهد:

الف- وام تحصیلی به مدت	ترم به مبلغ	ریال	امضاء واحد رفاه
ب- وام مسکن به مدت	ترم به مبلغ	ریال	
ج- وام ضروری	به مبلغ	ریال	
د- وام بنیاد علوی به مدت	ترم به مبلغ	ریال	
ه- وام تبصره ۲ به مدت	ترم به مبلغ	ریال	
و- هزینه خوابگاه به مدت	ترم به مبلغ	ریال	
جمع کل بدهی نامبرده	ریال، به حروف		

می باشد.

معاونت دانشجویی فرهنگی

امضاء و مهر

واحد انفورماتیک (مرکز کامپیوتر)

تاریخ و امضاء

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

تاریخ و امضاء

اداره کل آموزش دانشگاه (آدرس: بلوار بسیج - ستاد معاونت ها - معاونت آموزشی)

بایگانی (تحویل کارت)	واحد پذیرش	خدمات آموزشی	واحد دانش آموختگان (تحویل مهر انترنی و کنترل نهایی)	واحد تحصیلات تکمیلی (تحویل مهر انترنی و کنترل نهایی)
----------------------	------------	--------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

مدیر کل آموزش دانشگاه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان

شماره:

دانشکده بهداشت دامغان

تاریخ:

برگه تسویه حساب داخلی

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره شناسنامه:

شماره دانشجویی:

امضاء دانشجو:

کارشناس آموزش امضاء و مهر	کارشناس امور دانشجویی امضاء و مهر	مسئول کتابخانه امضاء و مهر	مسئول خوابگاه امضاء و مهر	مسئول درآمد امضاء و مهر
واحد اتوماسیون تغذیه امضاء و مهر	ناظر انتشارات امضاء و مهر	مسئول امور فرهنگی و فوق برنامه امضاء و مهر	مسئول امین اموال امضاء و مهر	مسئول نقلیه امضاء و مهر
میزان بدهی نامبرده بابت استفاده از: الف: وام بیمه به مدت ترم ریال ب: وام تحصیلی به مدت ترم ریال ج: وام مسکن به مدت ترم ریال د: وام ضروری به مدت ترم ریال ذ: هزینه خوابگاه به مدت ترم ریال و: وام ازدواج به مبلغ ریال ه: میزان خسارت وارده به مبلغ ریال		مدیر اداره حراست دانشکده		
		معاونت آموزشی و دانشجویی دانشکده		
		ریاست دانشکده		