



## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

### دانشکده بهداشت

### درخواست تغییر برنامه امتحان

معاونت محترم دانشکده بهداشت

با سلام

احتراما، اینجانب.....نماینده دانشجویان رشته ..... ورودی نیمسال ..... سال تحصیلی ..... مقطع ..... به دلایلی که در قسمت زیر بیان شده است، تقاضای تغییر روز/ساعت برنامه امتحان درس..... را در نیمسال..... سال تحصیلی ..... به روز/ساعت..... دارم. قابل ذکر است همه دانشجویانی که این درس را انتخاب کرده اند بصورت مکتوب موافقت خود را در فرم ضمیمه اعلام نموده اند.

دلایل تغییر برنامه امتحان:

.....

نماینده دانشجویان

---

#### معاونت محترم آموزشی دانشکده بهداشت

با توجه به دلایل ذکر شده از سوی دانشجویان، با تغییر برنامه امتحان درس مربوطه موافقت می گردد.

تاریخ و امضاء استاد درس

---

#### معاونت محترم آموزشی دانشکده بهداشت

با توجه به بررسی های انجام شده و عدم تداخل برنامه ی پیشنهادی با سایر برنامه ها، ، با تغییر برنامه امتحان درس ..... در نیمسال..... سال تحصیلی ..... موافقت می گردد. ضمنا کلیه دانشجویانی که این درس را انتخاب کرده اند موافقت خود را در فرم پیوست اعلام نموده اند.

کارشناس آموزش

---

#### کارشناس محترم آموزش

با تغییر برنامه امتحان درس ..... در نیمسال..... سال تحصیلی ..... موافقت می گردد. لذا هماهنگی های لازم را به عمل آورده و به اطلاع استاد محترم درس مربوطه و دانشجویان گرامی برسانید.

معاونت آموزشی دانشکده بهداشت

