



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
بسمه تعالی



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ:

## فرم درخواست افزایش سنوات تحصیلی

نام و نام خانوادگی دانشجو:	رشته تحصیلی:
مقطع:	معدل کل:
ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی	تاریخ تصویب پروپوزال در گروه:
تاریخ آزمون جامع:	
تاریخ تصویب پروپوزال در تحصیلات تکمیلی:	
نیمسال درخواست افزایش سنوات:	

لطفا دلیل افزایش مدت تحصیل خود را شرح دهید

تایید مدیر گروه	تایید مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی	تایید استاد / اساتید راهنما	
مهر و امضاء	مهر و امضاء	امضاء	استاد راهنمای اول
		امضاء	استاد راهنمای دوم