

شماره :

تاریخ :

پیوست :

فرم درخواست بررسی اشکال آموزشی دانشجو	
مشخصات دانشجو:	
نام خانوادگی:	نام:
شماره دانشجویی:	رشته تحصیلی:
تعداد نیمسال های شاغل به تحصیل:	تعداد نیمسال های مشروطی:
تعداد واحدهای گذرانده:	معدل کل:
مشکل آموزشی دانشجو:	
امضاء دانشجو	
نتیجه بررسی و نظر مدیر گروه:	
نام و نام خانوادگی مدیر گروه: امضاء	
ضمن تایید موارد فوق و مطابقت آن با مقررات و آئین نامه آموزشی موافقت آموزش را با نظر مدیر گروه آموزشی مربوطه اعلام می نمایم.	
معاون آموزش امضاء	
نظر مدیر آموزش:	
مهر و امضاء مدیر آموزش	

نشانی :

استان خراسان شمالی

بجنورد - خیابان

۱۷ شهر یورشمالی

کوچه شهید عبدالحسین نوریان

تلفن های تماس:

۰۵۸۴-۲۲۶۲۸۶۱

۰۵۸۴-۲۲۶۲۸۶۲

۰۵۸۴-۲۲۶۰۷۷۷

۰۵۸۴-۲۲۶۰۸۹۱

نمابر:

۰۵۸۴-۲۲۶۰۲۴۵

کد پستی:

۹۴۱۵۶۱۵۴۵۸

www.kub.ac.ir