



بسمه تعالی

درخواست تاییدیه تحصیلی و ریزنمرات

کاردانی ☐ کارشناسی ناپیوسته ☐ کارشناسی پیوسته ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکترای حرفه ای ☐ دکترای تخصصی ☐
تخصصی بالینی ☐ فوق تخصصی ☐

قبل از تکمیل فرم توجه فرمایید: چنانچه به علت ناخوانا بودن خط، عدم تطبیق مشخصات داده شده با شناسنامه و مدارک تحصیلی در صدور تاییدیه و تاخیر شود، مسئولیت آن به عهده دانش آموخته است.

مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه

باسلام و احترام؛

اینجانب ☐ فرزند ☐ به شماره شناسنامه ☐ و شماره ملی ☐
صادره از ☐ متولد (روز، ماه، سال) ☐ محل تولد ☐ با شماره دانشجویی ☐
در رشته ☐ گرایش ☐ دوره روزانه ☐ شبانه ☐ پردیس خودگردان ☐ از آن دانشگاه/ موسسه غیر انتفاعی/
آموزشکده در نیمسال اول ☐ نیمسال دوم ☐ دوره تابستانی ☐ سال ☐ فارغ التحصیل گردیده ام و اکنون در آزمون ورودی سال
تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ در مقطع ☐ رشته ☐ (نیمسال اول ☐ نیمسال دوم ☐ آموزش از راه دور ☐ پردیس
خودگردان ☐ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد پذیرفته شده ام، تقاضا دارم یک برگ گواهی فراغت از تحصیل حاوی:
۱- مدت بهره مندی از آموزش رایگان ۲- وضعیت تعهدات ۳- میزان بدهی ۴- سهمیه ثبت نامی در کنکور، معدل و تاریخ فراغت از
تحصیل (روز، ماه، سال) ۵- یک نسخه از ریزنمرات به منظور تطبیق واحد درسی، به صورت محرمانه به نشانی: **مشهد- میدان آزادی-
پردیس دانشگاه - ساختمان مرکزی شماره ۳ دانشگاه (داروسازی سابق) (مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم
پزشکی مشهد)** کد پستی: ۹۱۷۷۹۴۸۹۵۴ ارسال گردد.

شماره دانشجویی مقطع فعلی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد:

نشانی و شماره تلفن دانش آموخته با ذکر کد شهر:

شماره همراه ضروری:

محل امضای دانش آموخته تاریخ:

ثبت درخواست دانشجو در دبیرخانه دانشگاه (مقطع قبلی):

تاریخ:
شماره:

لازم است دانشجو شماره و تاریخ ثبت درخواست فوق در دانشگاه محل تحصیل قبلی را حداکثر تا یک ماه پس از ثبت نام نهایی، به مدیریت امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ارائه و یا در سامانه آموزشی مروارید بارگذاری نماید. ۷۲۰۷۰۲۵

بر آدرس: مشهد مشهد- میدان آزادی- پردیس دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی- ساختمان مرکزی شماره ۳ دانشگاه (مدیریت امور آموزشی دانشگاه) کد پستی: ۹۱۷۷۹۴۸۹۵۴

نمابر: ۳۸۸۰۰۲۸۲

تلفن: ۳۸۸۰۰۲۸۷-۳۸۸۰۰۲۸۶-۳۸۸۰۰۲۹۳-۳۸۸۰۰۲۹۱-۳۸۸۰۰۲۹۲

صفحه الکترونیکی:

<http://www.mums.ac.ir/education/fa/maineducatoin>