



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه  
دانشکده پرستاری و مامایی

### فرم درخواست انتقالی

## ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی ساوه

با سلام

احتراماً اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... به شماره دانشجویی ..... فرزند: ..... شماره شناسنامه: .....  
صادره از: ..... متقاضی انتقالی به دانشگاه علوم پزشکی ..... جهت نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ..... می باشم. /

تعداد واحدهای جاری:

تعداد واحدهای گذرانده:

معدل کل:

علت درخواست:

تلفن همراه :

امضا و تاریخ

نظر استاد راهنما: