



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی

فرم درخواست افزایش ترم تحصیلی

استاد راهنمای محترم جناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر

با سلام و احترام،

اینجانب دانشجوی دوره دکتری تخصصی رشته ورودی نیمسال اول /دوم سال

تحصیلی در حال حاضر در ترم مشغول به تحصیل می باشم، با توجه به توضیحات ذیل تقاضا دارم با

افزایش مدت تحصیل اینجانب به مدت یک ترم دیگر، موافقت نمایید.

توضیحات:

مدیر محترم گروه

با توجه به توضیحات فوق با درخواست نامبرده موافقت می شود.

نام و امضای استاد راهنما

امضاء:

تاریخ:

جناب آقای دکتر

معاون محترم آموزشی دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی

با توجه به نظر استاد راهنما، با افزایش مدت تحصیل دانشجوی فوق به مدت یک ترم موافقت می شود.

نام و امضای مدیر گروه امضا: