



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزود
معاونت آموزشی
مدیریت تحصیلات تکمیلی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

فرم شرکت در آزمون جامع دانشجویان دکتری تخصصی (Ph.D.)

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی: رشته تحصیلی:
سال ورود: سابقه درخواست تمدید مهلت شرکت در آزمون جامع:
سابقه شرکت در آزمون جامع:

سرپرست محترم گروه

بدینوسیله به اطلاع می رساند، آقای/خانم با مشخصات فوق، کلیه دروس مقطع آموزشی را با موفقیت به پایان رسانیده است. لذا شرکت در آزمون جامع بلامانع اعلام می گردد.

نام و امضای استاد راهنمای تحصیلی:

مدیر محترم گروه

به اطلاع می رساند، نامبرده تاکنون کلیه واحدهای درسی خود را به استثنای پایان نامه با معدل با موفقیت گذرانیده است و شرکت ایشان در امتحان جامع بلامانع می باشد.

نام و امضای کارشناس تحصیلات تکمیلی:

مسوول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

احتراما، آقای/خانم..... دانشجوی دکتری تخصصی رشته جهت شرکت در آزمون جامع معرفی می گردد، خواهشمند است جهت تشکیل جلسه آزمون جامعه کتبی در تاریخ های و آزمون ارزیابی عینی در تاریخ..... از اعضای هیات ممتحنه دعوت بعمل آورید.

نام و امضای مدیر گروه: