



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

فرم تقاضای هم‌نیازی دروس

مسئول محترم آموزش دانشکده دندانپزشکی

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته دندانپزشکی ورودی با شماره دانشجویی
تقاضای اخذ هم‌نیاز دروس ذیل را در نیمسال سال تحصیلی دارم .

نام درس	نام درس پیش نیاز	نمره اخذ شده درس پاس نشده

امضاء دانشجو

نظریه استاد مشاور :

مدیر گروه آموزشی

امضاء

استاد مشاور

امضاء

درخواست نامبرده در جلسه شورای آموزشی دانشکده دندانپزشکی مورخ مطرح و به تصویب رسید .

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی

امضاء