**** **فرم درخواست مرخصی/ ماموریت**

 **دانشجویان دکتری تخصصی PhD دانشکده بهداشت**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** |
| **رشته تحصیلی:** | **گروه آموزشی:** |
| **مدت مرخصی روز** | **تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از: لغایت:** |
| **مدارک پیوست (استعلاجی):**  | **نوع مرخصی: 🞎 روزانه 🞎 ماموریت 🞎 ساعتی 🞎 استحقاقی 🞎 استعلاجی****🞎 موارد خاص**  |
| **امضاء دانشجو:** | **تائید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده:** |
| **اظهار نظر استاد راهنما:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** | **اظهار نظر مدیر گروه:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده: 🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **ثبت کننده: مسئول دبیرخانه** |

**** **فرم درخواست مرخصی/ ماموریت**

 **دانشجویان دکتری تخصصی PhD دانشکده بهداشت**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** |
| **رشته تحصیلی:** | **گروه آموزشی:** |
| **مدت مرخصی روز** | **تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از: لغایت:** |
| **مدارک پیوست (استعلاجی):**  | **نوع مرخصی: 🞎 روزانه 🞎 ماموریت 🞎 ساعتی 🞎 استحقاقی 🞎 استعلاجی****🞎 موارد خاص**  |
| **امضاء دانشجو:** | **تائید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده:** |
| **اظهار نظر استاد راهنما:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** | **اظهار نظر مدیر گروه:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده: 🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **ثبت کننده: مسئول دبیرخانه** |

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** |
| **رشته تحصیلی:** | **گروه آموزشی:** |
| **مدت مرخصی روز** | **تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از: لغایت:** |
| **مدارک پیوست (استعلاجی):**  | **نوع مرخصی: 🞎 روزانه 🞎 ماموریت 🞎 ساعتی 🞎 استحقاقی 🞎 استعلاجی****🞎 موارد خاص**  |
| **امضاء دانشجو:** | **تائید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده:** |
| **اظهار نظر استاد راهنما:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** | **اظهار نظر مدیر گروه:****🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **اظهار نظر معاون آموزشی دانشکده: 🞎 موافقت می شود 🞎 موافقت نمی شود****نام و نام خانوادگی:****تاریخ: امضاء:** |
| **ثبت کننده: مسئول دبیرخانه** |