**** **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** | |