

درخواست تغییر زمان امتحان

اداره آموزش دانشکده بهداشت و ایمنی

احتراماً ضمن تایید و امضاء کلیه دانشجویان کلاس با توجه به لیست انتخاب واحد آموزش به پیوست، خواهشمند است با تغییر زمان امتحان درس به تعداد واحد رشته مقطع ترم به دلیل موافقت فرمایید.

زمان فعلی امتحان		زمان پیشنهادی امتحان	
روز و تاریخ	ساعت	روز و تاریخ	ساعت

تاریخ

نام و نام خانوادگی نماینده دانشجویان

امضاء

نماینده دانشجویان

مدیر محترم آموزش

با درخواست دانشجویان ☐ موافقت ☐ مخالفت گردید.

تاریخ

امضا استاد درس

استاد درس

کارشناس محترم برنامه ریزی

با درخواست دانشجویان ☐ موافقت ☐ مخالفت گردید. لذا در صورت موافقت اقدامات لازم جهت تطبیق دانشجویان به لیست پیوست و امکان سنجی تغییر امتحان انجام گیرد.

تاریخ

امضا مدیر آموزش

مدیر آموزش

مسئول محترم امور کلاسها

با توجه به تایید و امضاء کلیه دانشجویان به لیست پیوست، برگزاری آزمون در تاریخ پیشنهادی امکان پذیر ☐ می باشد ☐ نمی باشد.

تاریخ

امضا کارشناس برنامه ریزی

کارشناس برنامه ریزی

مسئول امتحانات دانشکده

با توجه به تایید و امضاء کلیه دانشجویان به لیست پیوست، برگزاری آزمون در تاریخ پیشنهادی میسر ☐ می باشد ☐ نمی باشد.

تاریخ

امضا مسئول امور کلاسها

مسئول امور کلاسها

درخواست دانشجویان دریافت و اقدام لازم انجام گردید.

تاریخ

امضا مسئول امتحانات

مسئول امتحانات دانشکده

اسامی دانشجویان درس ردیف							
ردیف	شماره دانشجویی	نام و نام خانوادگی	امضاء	ردیف	شماره دانشجویی	نام و نام خانوادگی	امضاء
۱				۲۱			
۲				۲۲			
۳				۲۳			
۴				۲۴			
۵				۲۵			
۶				۲۶			
۷				۲۷			
۸				۲۸			
۹				۲۹			
۱۰				۳۰			
۱۱				۳۱			
۱۲				۳۲			
۱۳				۳۳			
۱۴				۳۴			
۱۵				۳۵			
۱۶				۳۶			
۱۷				۳۷			
۱۸				۳۸			
۱۹				۳۹			
۲۰				۴۰			