



دانشکده پرستاری و مامایی

سبعتالی

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم شماره ۳۱۵ : تقاضای انصراف

مسئول محترم اداره آموزش

دانشکده.....

سلام علیکم :

امتزازاً؛ اینجانب ----- فرزند -----

دارای شماره شناسنامه ----- صادره از-----

دانشجوی رشته ----- مقطع ----- در

تاریخ ----- انصراف خود را اعلام می دارم. خواهشمند

است مساعدت نمائید..

امضاء دانشجو

سبزوار: دانشگاه علوم پزشکی (جنب پلیس راه)

کدپستی: ۹۶۱۲۸۷۲۱۳۶ صندوق پستی: ۳۱۹

تلفن: ۲۲۶۴۵۷۹۰ نامبر: ۲۲۶۴۴۰۸

آدرس اینترنتی: www.medsab.ac.ir

پست الکترونیکی: Paramedical-school@medsab.ac.ir