فرم درخواست فرصت تحصیلی اضافی دانشجویان کارشناسی ارشد

 **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان**  شورای تحصیلات تکمیلی

 **دانشکده پرستاری و مامایی**

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی: رشته تحصیلی: سال ورود:

علت درخواست**:**

 **تاریخ و امضاء دانشجو**

**علت تنظیم گزارش:**

 درخواست اعطاء فرصت تحصیلی اضافی برای ...................... بار در نیمسال ................................. سال تحصیلی .................

**گزارش استاد راهنما از فعالیت پژوهشی دانشجو و میزان پیشرفت پایان نامه:**

**نام استاد راهنما**

**امضاء**