



بسمه تعالی
فرم درخواست خروج از کشور

تاریخ :
پیوست :

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

ریاست محترم دانشکده:

اینجانب دانشجو دانشکده :
به شماره دانشجویی :
رشته: :
ورودی :
فرزند :
به شماره شناسنامه :
مقطع :
تقاضای صدور مجوز خروج از کشور از تاریخ لغایت به
کشور جهت را دارد. خواهشمند است در این خصوص اقدامات لازم را مبذول فرمائید.

امضا تاریخ

این قسمت توسط دانشکده تکمیل شود

با تقاضای نامبرده موافقت می شود مخالفت می شود
توضیحات:

نام استاد راهنما امضا تاریخ

با تقاضای نامبرده موافقت می شود مخالفت می شود
توضیحات:

رئیس دانشکده امضا و مهر تاریخ

این قسمت توسط مدیر اداره کل آموزش/تحصیلات تکمیلی دانشگاه تکمیل شود

قابل بررسی می باشد. قابل بررسی نمی باشد
توضیحات:

مدیر اداره آموزش/تحصیلات تکمیلی

امضا تاریخ

نظر معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

موافقت می شود موافقت نمی شود

دکتر محمد حقیقی
معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی