فرم درخواست تمديد مأموريت آموزشي ويژه مقاطع تحصيلات تكميلي (كارشناسي ارشد، **PHD** ، دکتری حرفه ای، دكتري تخصصي، فوق تخصص)

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان اصفهان

|  |  |
| --- | --- |
| **1- نام و نام خانوادگي:**  | **2- رشته شغلي:**  |
| **3- عنوان پست سازماني: حسابدار** | **4- نام واحد محل خدمت:**  |
| **5- نام معاونت ستادي ذيربط:**  | **6- نوع استخدام:**  |
| **7- شماره و تاريخ سند تعهد خدمت مستخدم: ( جانبازان و فرزندان شهداء معاف از تعهد محضری می باشند.)****شماره: تاريخ: شماره دفتر اسناد رسمي:**  |
| **8- وضعيت تحصيلي:**  |
| **دانشگاه محل تحصيل:**  | **رشته تحصيلي:**  |
| **مقطع تحصيلي : کارشناسی □ كارشناسي ارشد □ دکتری حرفه ای □ PHD □ تخصص □ فوق تخصص□**  |
| **نوع مأموريت آموزشي: تمام وقت □ نیمه وقت□**  |
| **9-تعداد كل واحدهاي درسي دوره ........................................واحد** **ميزان طول دوره .........................ماه**  |
| **تعداد واحدهاي درسي طي شده در هر نيمسال تحصيلي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نيمسال اول** | **نيمسال دوم**  | **نيمسال سوم**  | **نيمسال چهارم** | **نيمسال پنجم** | **نيمسال ششم**  | **نيمسال هفتم**  | **نيمسال هشتم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**آيا پيشرفت تحصيلي نامبرده با توجه به واحدهاي گذرانده شده در طول مدت تحصيل از نظر آن معاونت قابل قبول مي باشد. بلي□ خير□**  |
| **10-تعداد واحدهاي درسي باقيمانده: واحد درسي........................واحد پايان نامه..........................واحد**  |
| **نام و نام خانوادگي معاون آموزشي دانشگاه محل تحصيل: تاريخ: مهر و امضاء :** |
| **11- تاريخ شروع و خاتمه مأموريت آموزشي (21 ماه):** **تاريخ شروع: تاریخ خاتمه :** **تاريخ شروع و خاتمه مأموريت آموزشي پیشنهادی مازاد:‌** **تاریخ شروع : تاريخ خاتمه:** |
| **12- نام و نام خانوادگي مقام مسئول دانشگاه: دکتر محسن مصلحی تاريخ:‌ امضاء:**  |