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:** | | |