



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

محرمانه
فرم فراغت از تحصیل

دانشکده :	دوره : روزانه
شماره دانشجویی:	
نام :	نام خانوادگی :
نام پدر :	شماره شناسنامه :
محل صدور :	جنسیت :
وضعیت تاهل :	وضعیت نظام وظیفه :
رشته تحصیلی :	مقطع تحصیلی :
گرایش :	نوع مقطع تحصیلی :
کد رشته :	مدت تحصیل به نیمسال : نیمسال
	تعداد ترم تابستانی : ترم
سال قبولی در کنکور	تاریخ ثبت نام در دانشگاه :
تاریخ دفاع از پایان نامه :	تاریخ تحویل پایان نامه :
میانگین کل :	()
تعداد نیمسال استفاده از فرصت ارفاقی :	تعداد نیمسال استفاده از فرصت اضافی :
تعداد واحد های قبولی :	تعداد واحد های مردودی :
تعداد ترمهای مشروطی :	تعداد کل واحد های اخذ شده :
وام تحصیلی :	وام مسکن :
بیمه دانشجویی:	وام ضروری :
جمع میزان بدهی :	سایر هزینه ها:
هزینه خوابگاه :	
صورتحساب وضعیت نهایی شهریه – تصویر نامه صندوق رفاه دانشجویان	
اصل کارنامه تحصیلی:	فرم تسویه حساب با واحد های مختلف دانشگاه :
فرم اعلام وضعیت بدهی از معاونت امور دانشجویی دانشگاه :	
شماره تلفن و آدرس منزل دانش آموخته :	
کد پستی :	تلفن :