

Date: تاریخ:

No: شماره:

Ref: پست:

باسمه تعالی

دانشکده تغذیه و علوم غذایی
Tabriz University of Medical Sciences
Faculty of Nutrition & Food Sciences



فرم تشکیل کلاس جبرانی / جابه جایی کلاس

رشته و مقطع:

❖ نام درس:

❖ در خواست دانشجویان (اسامی و امضای هر یک از دانشجویان):

❖ نام و امضا نماینده کلاس:

تأیید مدیر گروه مربوطه:	تأیید استاد مربوطه:
تأیید آموزش دانشکده:	تأیید کارشناس آموزش از نظر وجود کلاس خالی: