



دانشگاه سمنان

دانشکده کردسگری

شماره:

تاریخ:

پوست:

فرم تسویه حساب تحصیلات تکمیلی دانشکده

احترماً

اینجانب دانشجوی رشته دانشجوی رشته مقطع کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی ورودی که فارغ التحصیل / انصرافی / اخراج آموزشی

میهمان / انتقال دائم

تقاضای تسویه حساب با واحدهای مختلف دانشکده را دارم /.

آدرس: نام و نام خانوادگی  
تلفن: امضاء

ردیف	گروه	نام و نام خانوادگی مسئول	مهر و امضاء
۱	واحد کامپیوتر دانشکده	اقای همتیان	
۲	کتابخانه دانشکده	اقای قدس	
۴	مدیر گروه مربوطه		

بدین وسیله تأیید می شود که دانشجو به شماره دانشجویی رشته با کلیه واحدهای دانشکده تسویه حساب نموده است .

حسن حقیقت  
مسؤول آموزش دانشکده

سمنان، میدان سعدی  
بلوار مولوی، خیابان سوم  
کد پستی: ۳۵۱۹۶-۳۵۳۹۹  
تلفن: ۳۳۳۳۵۴۰۵  
نمابر: ۳۳۳۳۵۴۰۴