فرم درخواست تجدید نظر شورای بررسی موارد خاص استان		
		اطلاعات دانشجو
دانشگاه/موسسه:	شماره دانشجویی:	نام و نام خانوادگی:
کارت پایان خدمت 🗌	ر ☐ معافیت پزشکی یا کفالت ☐ دارای ً	وضعيت نظام وظيفه: مشمول 🔲 معافيت تحصيلي
		توضيحات دانشجو
		درخواست
		جناب آقای رئیسل معاون وحترد دانشگاه <i>اوری</i> در
	••••••	رئیس / معاون محترم دانشگاه/موسسه باسلام و احترام
وارد خاص استان ارسال گردد.	دید نظر اینجانب به دبیرخانه شورای م	خواهشمند است دستور فرمائيد در خواست تج
ممل امضا درفواست کننده		
یادآوری مهم : یک نسخه کارنامه تائید شده دانشجو و تصویر رای صادره پیوست گردد		