** بسمه تعالی**

**شماره:**

**تاریخ:**

**پيوست :**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان 

دانشكده دندانپزشکی

ریزنمرات آقای / خانم ------ دانشجوی رشته **--------** دانشکده دندانپزشکی، **------** رشته **------ مقطع**  **----**در آموزش مورد رسیدگی قرار گرفت و با توجه به کلیه مقررات و ضوابط آموزشی مربوط به نحوه پذیرش واحد درسی از دانشجویان مصوب ستاد انقلاب فرهنگی و آیین نامه های دانشگاه واحدهایی که از نامبرده پذیرفته شده به شرح ذیل می باشد :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **واحدهای گذرانده** | | | | **معادل آنها در برنامه جدید رشته** | | | **این ستون از واحد های پذیرفته شده محاسبه می شود** | | |
| **شماره درس** | **نام درس** | **تعداد**  **واحد** | **نمره** | **شماره درس** | **نام درس** | **تعداد**  **واحد** | **تعداد**  **واحد** | **نمره** | **ملاحظات** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع واحدهاي پذيرفته شده و امتيازات | | | | | |  |  | | |
|

نام ونام خانوادگي: ------------- سمت: مسئول آموزش

**آدرس: استان لرستان شهرستان خرم آباد- انتهای خیابان رازی – دانشکده دندانپزشکی**

**تلفن تماس : 7-33207826 نمابر : 33215005**

**آدرس سايت : http://dent.lums.ac.ir صندوق پستی :6814989468**

**آدرس پست الكترونيكي : Khorramabaddental\_education@yahoo.com E-mail :**