

فرم درخواست انصراف از ثبت نام

اینجانب خانم/آقای فرزند به کد ملی

پذیرفته شده آزمون سال رشته

با توجه به درخواست شخصی، انصراف خود را از انجام فرآیند ثبت نام در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز اعلام می نمایم و کلیه عواقب ناشی از درخواست خود را می پذیرم.

نام و نام خانوادگی

امضاء

مهر یا اثر انگشت