نظر شوراي آموزشي دانشگاه:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **امضاء مديريت آموزشي دانشگاه**

نظر پزشك معتمد:

نوع بيماري:.......................................................................................................................................................................................................................................................

نظر كلي پزشك معتمد دانشگاه در مورد درخواست دانشجو: موافقت مي­شود مخالفت مي­شود

توضيح ضروري: ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **امضاء پزشك معتمد دانشگاه**

**ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**ــ

ــــــــــــــــــــــ

درخواست دانشجو:

نام و نـام خانوادگي .......................................... شـماره دانشـجويي................................... مقـطع ....................... دانشـكده ...................................... رشـته .................................................. بدليل بيماري و با توجه به مدارك پيوست درخواست حذف درس زير را در نيمسال ................. سال تحصيلي ................ را دارم.

نام درس:......................................... كد درس: ........................................... گروه درس: .......................

تاريخ امتحان: .................................. ساعت امتحان: .....................................

توضيح ضروري(ذكر نوع بيماري و عوارض آن بصورت مشروح ضروري مي­باشد): .......................................................................................................................................

:.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 امضاء دانشجو

**ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

تاريخ: ...............................

شماره: .............................

فرم درخواست حذف پزشكي

مديريت خدمات آموزشي

