



## فرم درخواست حذف پزشکی

مدیر محترم آموزش و پژوهش

احتراما به پیوست ..... برگ مدرک مربوط به غیبت اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... مقطع .....  
..... به شماره دانشجویی ..... در نیم سال ..... سال تحصیلی ..... در درس/دروس  
ذیل به حضورتان اعلام می گردد.

خواهشمند است اقدامات مقتضی در خصوص این درخواست مبذول فرمایید.

تاریخ و امضا دانشجو

ردیف	نام درس	نام استاد	تاریخ امتحان	توضیحات
۱				
۲				
۳				

به: پزشک معتمد

از: مدیر آموزش و پژوهش

لطفا صحت مدارک و اسناد نامبرده مورد بررسی قرار گیرد.

مهر و امضا مدیر آموزش و پژوهش

این قسمت توسط پزشک معتمد تکمیل گردد.

نوع بیماری:

خیر

بله

آیا در روز امتحان به مراکز پزشکی مراجعه داشته است؟  
نظر کلی پزشک معتمد موسسه در مورد درخواست دانشجو:

مهر و امضا

نام پزشک معتمد:

نظر شورای آموزشی و پژوهشی:

مخالفت گردید.

موافقت گردید.

مورد فوق در جلسه شورای آموزشی و پژوهشی مورخ...../...../..... مطرح و با نظر اعضا

اظهار نظر مدیر آموزشی و پژوهشی:

مدارک مربوط به دانشجو..... با شماره دانشجویی..... با توجه به نظر شورای آموزشی و پژوهشی موجه  
غیر موجه  تشخیص داده شده است. لذا اصل این برگ و ضمایم به کارشناس گروه مربوطه تحویل و سپس به واحد بایگانی تحویل گردد.

مهر و امضا مدیر آموزش و پژوهش