

فرم درخواست حذف پزشکی



مدیریت خدمات آموزشی

درخواست دانشجو:

نام و نام خانوادگی شماره دانشجویی مقطع دانشکده رشته
..... بدلیل بیماری و با توجه به مدارک پیوست درخواست حذف درس زیر را در نیمسال سال تحصیلی را دارم.

نام درس: کد درس: گروه درس:

تاریخ امتحان: ساعت امتحان:

توضیح ضروری (ذکر نوع بیماری و عوارض آن بصورت مشروح ضروری می باشد):

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

امضاء دانشجو

نظر پزشک معتمد:

نوع بیماری:

نظر کلی پزشک معتمد دانشگاه در مورد درخواست دانشجو: موافقت می شود ☐ مخالفت می شود ☐

توضیح ضروری:

.....
.....

امضاء پزشک معتمد دانشگاه

نظر شورای آموزشی دانشگاه:

امضاء مدیریت آموزشی دانشگاه