



تاریخ:

شماره:

فرم حذف پزشکی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی

مشخصات دانشجو :

اینجانب نام خانوادگی
در جلسه امتحان درس
برگزار شد غیبت داشته‌ام.
دلیل غیبت اینجانب :
نام
شماره دانشجویی
رشته
مقطع
که در ساعت
صبح/عصر روز
/ /
بوده و گواهی‌های لازم را ارائه می‌نمایم.

امضاء دانشجو

تاریخ

نظریه پزشک معالج : (با توجه به نظامنامه پزشکی)

نوع بیماری

عادی شدید نیاز به بستری در بیمارستان

مدت استراحت : شروع استراحت :

توضیح پزشک معالج :

امضاء

تاریخ

نظریه پزشک معتمد موسسه :

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

تاریخ

تاریخ وصول فرم گواهی توسط اداره آموزش :

نام دریافت کننده :

توضیح: این گواهی باید بدون هیچ‌گونه خط خوردگی یا لاک‌گرفتگی بطور واضح و خوانا حداکثر ظرف مدت ۵ روز به اداره خدمات آموزشی تحویل گردد، در غیر اینصورت از درجه اعتبار ساقط است.

اداره امور آموزشی

مهر و امضاء

تاریخ