فرم درخواست حذف پزشکی (غیبت امتحان)

* توجه : قبل از تکمیل فرم زیر مندرجات پشت صفحه را مطالعه و اقدام نمایید.

نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	معدل کل	معدل ترم	واحدگذرانده‌کل	واحد ترم

گواهی پزشکی مورخ صادره توسط خانم/آقای دکتر که به همراه مدارک تشخیص و درمانی اینجانب (دانشجو) که به علت ابتلاء به بیماری.....قادر به شرکت در جلسه امتحان درس به شماره .....مورخ (روز.....تاریخ ساعت.....) نبوده‌است، جهت تایید پزشک محترم معتمد دانشگاه ارسال می‌گردد.

تاریخ امضاء دانشجو

.....

فرم درخواست حذف پزشکی (غیبت امتحان)

* توجه : قبل از تکمیل فرم زیر مندرجات پشت صفحه را مطالعه و اقدام نمایید.

نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	معدل کل	معدل ترم	واحدگذرانده‌کل	واحد ترم

گواهی پزشکی مورخ صادره توسط خانم/آقای دکتر که به همراه مدارک تشخیص و درمانی اینجانب (دانشجو) که به علت ابتلاء به بیماری.....قادر به شرکت در جلسه امتحان درس به شماره .....مورخ (روز.....تاریخ ساعت.....) نبوده‌است، جهت تایید پزشک محترم معتمد دانشگاه ارسال می‌گردد.

تاریخ امضاء دانشجو