

باسمه تعالی

فرم درخواست حذف پزشکی

شماره:

ریاست محترم دانشکده فنی و حرفه ای تاریخ:

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته
به شماره دانشجویی به دلیل بیماری نتوانستم در امتحان
دروس ذیل شرکت نمایم. لذا با توجه به ارائه گواهی پزشکی خواهشمند است
دستور فرمایید اقدامات لازم مبذول گردد.

نام درس	تاریخ امتحان	نام مدرس
۱-		
۲-		
۳-		

شماره همراه: تاریخ: / / امضاء دانشجو

ریاست محترم اداره آموزش:

پس از بررسی اولیه جهت طرح در شورای منتخب آموزشی اقدام گردد.
امضا رییس یا معاون مرکز

(قسمت مخصوص شورای منتخب آموزشی)

کارشناس محترم رشته:

برابر با تصمیم جلسه شورای منتخب آموزشی در تاریخ/...../..... به شماره
درخواست دانشجو مورد بررسی قرار گرفته و رای نهایی به
شرح ذیل صادر گردید.

دبیر شورای منتخب آموزشی

امضا / تاریخ