



فرم حذف پزشکی

معاونت محترم آموزش

احتراماً باستحضار می رساند اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی به دلیل بیماری از تاریخ تا در آزمون ها شرکت نداشته ام. لذا خواهشمند است با حذف پزشکی دروس مربوطه موافقت نمائید.
نام دروس و اساتید مربوطه :

امضاء دانشجو

جناب آقای/خانم دکتر

احتراماً، پیرو درخواست آقای / خانم با شماره دانشجویی پیوست گواهی استراحت پزشکی نامبرده بحضورتان ارسال گردیده تا در صورت تأیید حضرتعالی، دروس فوق الذکر مشمول حذف پزشکی گردند.

مدیر آموزش

مدیر محترم آموزش مؤسسه آموزش عالی کسری رامسر

احتراماً؛ ضمن بررسی موارد دریافت شده؛ گواهی استراحت پزشکی ایشان مورد تأیید اینجانب بوده لذا غیبت ایشان از نظر اینجانب توجیه شده است. نشده نبوده

مهر و امضاء پزشک معتمد

بنا به نظر پزشک معتمد دانشگاه مبنی بر تأیید عدم تأیید گواهی استراحت پزشکی دانشجوی خاطی قانونی، لذا برابر مقررات با حذف

پزشکی دروس فوق الذکر موافقت بعمل می آید نمی آید

مدیر آموزش