



فرم حذف پزشکی

نیمسال اول ☐ دوم ☐ تابستان ☐ سال تمصیلی-..... ۱۳



سرپرست محترم مدیریت آموزشی و تحصیلات تکمیلی

باسلام و احترام؛

به استحضار می رساند اینجانب دانشجوی رشته مقطع

..... به شماره دانشجویی بدلیل بیماری

در جلسه امتحان (طبق جدول ذیل) حاضر نشده ام لذا از جنابعالی تقاضای حذف

پزشکی آن درس /دروس را دارم. ضمناً گواهی پزشکی به پیوست ارائه می گردد.

مشخصات درس				
ردیف	نام درس	تعداد واحد	روز و ساعت امتحان	نام استاد
۱				
۲				
۳				

سرپرست مدیریت آموزشی و تحصیلات تکمیلی

امضاء دانشجو

☐ در سیستم آموزشی ثبت گردید.