



مؤسسه آموزش عالی پویش

# Quality Management System

## سیستم مدیریت کیفیت

کد:  
CE/F/۰۰۹/۰۱

### فرم درخواست حذف پزشکی دانشجویان

صفحه: ۱ از ۱

از: دانشجو

به: کارشناس تحصیلات تکمیلی

احتراما، اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... رشته ..... مقطع ..... مورخ ..... که به دلیل بیماری در امتحان درس ..... حاضر نشدم. تقاضای حذف پزشکی درس مذکور را دارم.

امضا و تاریخ

از: کارشناس تحصیلات تکمیلی

به: پزشک معتمد دانشگاه

احتراما آقای/خانم ..... با مشخصات مذکور جهت تایید مدارک پزشکی به تاریخ ..... و به شرح پیوست حضورتان معرفی می گردد. خواهشمند است در این خصوص اعلام نظر فرمایید.

مهر و امضا

از: پزشک معتمد دانشگاه

به: مدیر محترم تحصیلات تکمیلی

بدینوسیله نظر خود را در خصوص مدارک پزشکی نامبرده به شرح زیر اعلام می نمایم.

مهر و امضا پزشک معتمد