



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
موسسه آموزش عالی پارس

فرم درخواست حذف پزشکی دانشجویان

تاریخ:

شماره:

پیوست : دارد

از : دانشجو

به: کارشناس آموزش

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 آموزش

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 آموزش

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

.....
.....
.....

مهر و امضا پزشک معتمد