باسمه تعالي

فرم درخواست حذف پزشکی

 **ریاست محترم دانشکده فنی و حرفه ای ...................................................**

**با سلام و احترام**

 **اينجانب ................................................... دانشجوي رشته ...................................................**

**به شماره دانشجويي .................................................. به دلیل بيماري نتوانستم در امتحان دروس ذیل شرکت نمایم. لذا با توجه به ارائه گواهي پزشكي خواهشمند است دستور فرماييد اقدامات لازم مبذول گردد.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام درس** | **تاریخ امتحان** | **نام مدرس** |
| **1-** |  |  |
| **2-** |  |  |
| **3-** |  |  |

  **شماره همراه : ........................................... تاريخ: / / 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**