



باسمه تعالی

فرم درخواست بررسی مدارک پزشکی

رییس اداره آموزش دانشکده

یا سلام و احترام اینجانب: دانشجوی مقطع: رشته:

یا شماره دانشجویی:

• به دلیل بیماری که از تاریخ علامت آن بروز کرد، به پزشک مراجعه کرده و از تاریخ لغایت به مدت تحت درمان یوده‌ام.

• به دلیل بیماری اعضای خانواده (نسبت)

توضیحات:

یا عنایت به مدارک پزشکی پیوست: شامل

☐ درخواست مرخصی تحصیلی نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی رادارم.

☐ در امتحان درس / دروس در تاریخ حضور نداشته‌ام.

☐ در جلسات درس / دروس نیمسال اول ☐ دوم

سال تحصیلی شرکت نکرده‌ام.

☐ در تاریخ مقرر موفق به دفاع از پایان‌نامه خود نشده‌ام.

توضیحات

■ ضمناً در طول تحصیل تاکنون ، در موارد زیر نسبت به ارایه مدارک پزشکی اقدام کرده‌ام.

تلفن تماس :

امضای دانشجو

تاریخ تحویل مدارک پزشکی:

اعلام نظر اداره آموزش دانشکده (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر استاد درس / دروس : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر استاد راهنما : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر مدیر گروه : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر معاون آموزشی دانشکده : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)