



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
موسسه آموزش عالی علوم و فناوری آریان
فره تقاضای حذف پزشکی

شماره فرم :

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۴/۰۵/۰۱

تاریخ درخواست:

*مهلت تحویل فرم حذف پزشکی به اداره آموزش حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از تاریخ امتحان می باشد.

شورای محترم آموزشی موسسه آموزش عالی علوم و فناوری آریان

با سلام

احتراماً اینجانب دانشجوی رشته _____ مقطع _____ به شماره دانشجویی _____
به دلیل بیماری در امتحان مورخ _____ در درس _____ به ارزش _____ واحد را که با استاد
در نیمسال اول دوم تابستان سال تحصیلی _____ ارائه گردیده شرکت ننموده و خواهان حذف پزشکی درس مذکور می باشم.
تاریخ _____
امضاء _____

نام و نام خانوادگی _____
تاریخ _____
امضاء _____
دانشجوی نامبرده در درس مذکور غیبت داشته است.

آموزش

نام و نام خانوادگی _____
تاریخ _____
امضاء _____
بدینوسیله به اطلاع می رساند گواهی پزشکی دانشجویی مذکور مورد تأیید می باشد.

پزشک

نام و نام خانوادگی _____
تاریخ _____
امضاء _____
با توجه به مقررات آموزشی با تقاضای دانشجوی مذکور
 موافقت می شود.
 مخالفت می شود.

مدیر گروه

حذف درس مذکور مورد تأیید می باشد.

شورای آموزشی

نام و نام خانوادگی _____
تاریخ _____
امضاء _____
با عنایت به موافقت شورای آموزشی در سیستم خدمات آموزشی در
نیمسال اول دوم تابستان سال تحصیلی _____ حذف درس اعمال گردید.

اداره آموزش