

فرم درخواست کمیسیون پزشکی

اینجانب شماره دانشجویی رشته مقطع

به دلیل:

- ۱- استفاده از مرخصی تحصیلی بدون احتساب ☐ حذف ترم ☐ تربیت بدنی (عمومی) نظری ☐
- در نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی
- ۲- غیبت بیش از ۳/۱۶ در درس
- ۳- غیبت در جلسه امتحان درس
- در نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی مورخ

ضمن ارایه مدرک مربوطه، خواهشمند است اقدامات لازم به عمل آید.
امضاء دانشجو و تاریخ: تلفن تماس:

مدیر کل محترم امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

تاریخ:

شماره:

سلام علیکم؛

احتراماً، ضمن تایید مندرجات فوق به پیوست مدارک پزشکی خانم/آقای
ارسال می شود.

مدارک پزشکی: گواهی ولادت ☐ گواهی پزشک ☐ نسخه دارو ممه‌ور به مهر داروخانه ☐ آزمایشات، رادیولوژی، سونوگرافی و... ☐

خلاصه پرونده بستری ☐

معاون آموزشی دانشکده

دبیر محترم کمیسیون پزشکی

تاریخ:

شماره:

سلام علیکم؛

احتراماً، به پیوست مدارک پزشکی و خلاصه وضعیت تحصیلی خانم/آقای
دانشجوی رشته جهت بررسی و اظهار نظر ارسال می شود.

سابقه کمیسیون پزشکی دارد ☐ سابقه کمیسیون پزشکی ندارد ☐ تعداد دفعات

مدیر کل امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

مدیر کل محترم امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

تاریخ:

شماره:

سلام علیکم؛

احتراماً، به اطلاع می رساند مدارک پزشکی خانم/آقای
مطرح و نظر کمیسیون به شرح فرم پیوست ارسال می شود.

دبیر کمیسیون پزشکی

شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد موافقت قرار گرفت ☐

مدارک پزشکی دانشجو در جلسه مورخ

و مورد موافقت قرار نگرفت ☐

مدیر کل امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

فرم درخواست تجدید نظر کمیسیون پزشکی

اینجانب شماره دانشجویی رشته مقطع
به دلیل:
۱- استفاده از مرخصی تحصیلی بدون احتساب ☐ حذف ترم ☐ تربیت بدنی (عمومی) نظری ☐
در نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی
۲- غیبت بیش از ۳/۱۶ در درس
۳- غیبت در جلسه امتحان درس
در نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی مورخ

ضمن ارایه مدرک مربوطه، خواهشمند است اقدامات لازم به عمل آید.
امضاء دانشجو و تاریخ:
تلفن تماس:

دبیر محترم کمیسیون پزشکی

تاریخ:
شماره:

سلام علیکم؛

احتراماً، به پیوست مدارک پزشکی و خلاصه وضعیت تحصیلی خانم/آقای
دانشجوی رشته جهت بررسی و اظهار نظر ارسال می شود.

سابقه کمیسیون پزشکی دارد ☐ سابقه کمیسیون پزشکی ندارد ☐ تعداد دفعات

مدارک پزشکی: گواهی ولادت ☐ گواهی پزشک ☐ نسخه دارو ممهور به مهر داروخانه ☐ آزمایشات، رادیولوژی، سونوگرافی و... ☐
خلاصه پرونده بستری ☐

لازم به ذکر است مدارک پزشکی نامبرده مورخ
مورد تأیید قرار نگرفت.

مدیر کل امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

مدیر کل محترم امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی

تاریخ:
شماره:

سلام علیکم؛

احتراماً، به اطلاع می رساند مدارک پزشکی خانم/آقای
مطرح و نظر کمیسیون به شرح فرم پیوست ارسال می شود.

دبیر کمیسیون پزشکی

مدارک پزشکی دانشجو در جلسه مورخ
و مورد موافقت قرار نگرفت ☐

شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد موافقت قرار گرفت ☐

مدیر کل امور آموزشی / تحصیلات تکمیلی