

نام درس :

ساعت و تاریخ امتحان :

اداره آموزش دانشکده

فرم درخواست حذف پزشکی درس

تاریخ درخواست :

مشخصات دانشجو	اداره محترم آموزش دانشکده با سلام و احترام اینجانب..... دانشجوی رشته..... به شماره دانشجویی..... متقاضی حذف پزشکی درس در نیمسال..... سال تحصیلی..... می باشم . خواهشمند است با توجه به مدارک پیوست مساعدت لازم را مبذول فرمایید. توضیحات : تلفن ضروری : امضاء دانشجو و تاریخ
کارشناس دانشکده	معدل کل دانشجو : معدل نیمسال قبل : تعداد نیمسال های مشروطی : متوالی..... متناوب..... تعداد کل واحد های گذرانده شده : تعداد نیمسال های استفاده از مرخصی : حذف ترم : توضیحات ضروری : نام و امضاء کارشناس دانشکده و تاریخ
نظر پزشک معتمد	پس از بررسی مدارک مربوطه از نظر پزشکی ایشان قادر به حضور در جلسه امتحان ☐ بوده است ☐ نبوده است . توضیحات ضروری پزشک: امضاء پزشک معتمد و تاریخ
کارشناس دانشکده	مدیر محترم گروه با سلام درخواست دانشجوی فوق به همراه سابقه آموزشی و مستندات مربوطه تقدیم می گردد. نام و امضاء کارشناس آموزش دانشکده و تاریخ
نظر مدیر گروه	ریاست محترم دانشکده با سلام با توجه به سوابق موجود با درخواست دانشجوی فوق الذکر موافق ☐ می باشم ☐ نمی باشم . نام و امضاء مدیر گروه و تاریخ
نظر رئیس دانشکده	مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه با سلام با توجه به بررسی های به عمل آمده با درخواست دانشجوی فوق الذکر موافق ☐ می باشم ☐ نمی باشم . نام و امضاء رئیس دانشکده و تاریخ

کارشناس محترم آموزش کل با سلام درخواست دانشجوی مذکور بررسی گردید : با طرح موضوع در شورای آموزشی دانشگاه موافق ☐ می باشم ☐ نمی باشم . نام و امضاء مدیر امور آموزشی دانشگاه و تاریخ	نظر مدیر آموزشی دانشگاه
تقاضای نامبرده مبنی بر.....در جلسه شورای آموزشی دانشگاه مورخ..... مطرح و مورد موافقت قرار ☐ گرفت ☐ نگرفت . نام و امضاء مدیر امور آموزشی دانشگاه و تاریخ	رای شورای آموزشی