فرم درخواست حذف غیبت پزشکی

اینجانب:

شماره دانشجویی:

به دلیل بیماری:

تاریخ گواهی:

در امتحان درس:

موفق به حضور نشدم و درخواست می نمایم با حذف غیبت موافقت فرمایید . ضمنا گواهی پزشک پیوست می باشد .

 امضاء دانشجو

 تاریخ تحویل گواهی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 مدیر کل محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام

معاینات بعمل آمده در موقع مراجعه دال بر بیماری می باشد □

معاینات بعمل آمده در موقع مراجعه دال بر بیماری نمی باشد □

پزشک معاینه کننده مرکز بهداشت و درمان

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|   |   |  |

با توجه به فاصله زمانی بین گواهی و معاینه انجام شده ، امکان اظهار نظرقطعی وجود دارد □ ندارد □

 ریاست مرکز بهداشت و درمان دانشگاه