



## فرم تقاضای حذف پزشکی

اینجانب ..... به شماره دانشجویی..... رشته تحصیلی ..... که در  
 نیمسال  $\frac{\text{اول}}{\text{دوم}}$  سال تحصیلی..... جمعاً" تعداد ..... واحد اخذ نموده ام با توجه به گواهی معتبر  
 پزشکی پیوست تقاضای حذف تعداد..... واحد  $\frac{\text{درس}}{\text{دروس}}$ :

- ۱-.....  
 ۲-.....  
 ۳-.....

را که موفق به شرکت در جلسه امتحانی نشده ام دارم لازم به یادآوری است که از کل واحدهای اخذ شده  
 تعداد ..... واحد درسی را امتحان داده ام و از شروع تحصیل تاکنون تعداد..... نیمسال گواهی پزشکی ارائه  
 نموده ام ضمناً" اینجانب مسئول صحت مطالب فوق هستم.  
 تذکر: دروس عملی تحت هیچ شرایطی قابل حذف نمی باشد.

نام و نام خانوادگی: .....  
 امضاء: .....  
 تاریخ: .....

### نظریه استاد:

- ۱- اینجانب ..... استاد درس..... تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان  
 محروم نبوده است. امضاء استاد:  
 ۲- اینجانب ..... استاد درس..... تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان  
 محروم نبوده است. امضاء استاد:  
 ۳- اینجانب ..... استاد درس..... تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان  
 محروم نبوده است. امضاء استاد:

### نظریه اداره خدمات آموزشی دانشکده:

درخواست فوق در جلسه مورخ..... مطرح و با درخواست به شرح زیر  $\frac{\text{موافقت}}{\text{مخالفت}}$  شد.

نام و نام خانوادگی: .....  
 امضاء: .....  
 تاریخ: .....