

## فرم درخواست بررسی مدارک پزشکی

رییس اداره آموزش دانشکده .....

با سلام و احترام اینجانب: ..... دانشجوی مقطع: ..... رشته: .....

با شماره دانشجویی: .....

• به دلیل بیماری ..... که از تاریخ ..... علائم آن بروز کرد، به پزشک مراجعه کرده و از تاریخ .../.../... لغایت .../.../... به مدت ..... تحت درمان بوده‌ام.

• به دلیل بیماری ..... اعضای خانواده (نسبت .....)

توضیحات: .....

با عنایت به مدارک پزشکی پیوست: شامل .....

درخواست مرخصی تحصیلی نیمسال اول  دوم  سال تحصیلی ..... رادارم.

در امتحان درس / دروس ..... در تاریخ ..... حضور نداشته‌ام.

در جلسات درس / دروس ..... نیمسال اول  دوم

سال تحصیلی ..... شرکت نکرده‌ام.

در تاریخ مقرر ..... موفق به دفاع از پایان‌نامه خود نشده‌ام.

توضیحات

■ ضمناً در طول تحصیل تاکنون ، در موارد زیر نسبت به ارایه مدارک پزشکی اقدام کرده‌ام.

امضای دانشجو

تلفن تماس :

تاریخ تحویل مدارک پزشکی: .../.../...

اعلام نظر اداره آموزش دانشکده (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر استاد درس / دروس : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر استاد راهنما : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر مدیر گروه : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)

اعلام نظر معاون آموزشی دانشکده : (نام و نام خانوادگی ، امضا و تاریخ)