

## فرم حذف پزشکی درس

<p>نوسط دانشجو</p>	<p style="text-align: right;"><b>آموزش مؤسسه</b></p> <p>احتراماً اینجانب ..... دانشجوی شماره .....  مقطع ..... رشته ..... اعلام میدارم طبق گواهی پزشک  معالج که به ضمیمه میباشد در روز ..... مورخ ..... همزمان با  امتحان پایان ترم درس ..... بیمار بوده و نتوانستم در امتحان  شرکت نمایم . لذا خواهشمند است مدارک پزشکی اینجانب را جهت بررسی پزشک  معتمد مؤسسه ارسال و در صورت تأیید نسبت به حذف درس  ..... در نیمسال ..... اقدام نمایید.    <p style="text-align: center;">امضا                      تاریخ</p> </p>
<p>پزشک معتمد مؤسسه</p>	<p>پس از بررسی لازم اعلام میگردد بیماری دانشجو آقا/ خانم ..... مورد  تأیید اینجانب میباشد                      نمیشود  مراتب جهت هرگونه اقدام مقتضی اعلام میگردد.    <p style="text-align: center;">مهر و امضا پزشک معتمد مؤسسه</p> </p>
<p>آموزش مؤسسه</p>	<p>با توجه به گواهی پزشک معالج و در صورت تأیید پزشک معتمد مؤسسه و غایب  بودن ایشان در جلسه امتحان حذف درس ..... در نیمسال  ..... بلامانع و مورد موافقت میباشد.    <p style="text-align: center;">مهر و امضا مدیر امور آموزشی مؤسسه</p> </p>