تاريخ :

 شماره :

 **\* درخواست حذف پزشكي \***

**◄رياست محترم دانشكده**

بدينوسيله درخواست شماره مورخ برادر/ خواهر

دانشجوي رشته به شماره دانشجويي مبني بر حذف پزشكي درس يا دروس ذيل ارسال مي شود. خواهشمند است با عنايت به ماده آيين نامه آموزشي مصوب دستور اقدم لازم را صادر فرماييد.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام درس** | **شماره درس** | **كد گروه** | **نام استاد** | **تاريخ امتحان** | **وقت امتحان** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 تاريخ مدير گروه

 شماره نام و نام خانوادگي

تاييد كارشناس آموزشي دانشكده مبني بر عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان در تاريخ ذكر شده

**◄مديركل محترم خدمات آموزشي**

 مندرجات فوق مورد تاييد است□ تاريخ

 مندرجات فوق مورد تاييد نيست □ شماره

خواهشمند است دستور اقدام لازم را صادر فرمائيد.

 معاون آموزشي دانشكده

 نام و نام خانوادگي

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

**◄** دانشكده

**◄** اداره

مندرجات فوق براساس مورد تاييد است. تاريخ

مندرجات فوق براساس مورد تاييد نيست. شماره

اقدام لازم بعمل آيد.

 مديركل خدمات آموزشي