



«فرم کمیسیون پزشکی»

اینجانب دانشجوی رشته.....مقطع.....شماره دانشجویی..... که تا پایان نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸ را با معدل کل گذرانده ان حذف واحدهای درسی مشروحه ذیل را دارم، ضمناً در نیمسال جاری تعداد.....واحد را اخذ نموده ام.

| نام مدرس | تاریخ امتحان | تعداد واحد | نام درس |
|----------|--------------|------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

تاریخ و امضا دانشجو

ارائه اصل گواهی پزشکی و نسخ دارویی و آزمایشات الزامیست. از تاریخ صدور مدرک نباید بیش از یک ماه گذشته باشد. مدارک مربوط به بیماری های سرپایی و سبک به جز در موارد خاص مورد پذیرش کمیسیون پزشکی نمی باشد. در مورد بیماری های مزمن و رون پزشکی وجود پرونده و آخرین نظریه صریح پزشک معالج ضروری است.

مرکز محترم بهداشت و درمان.....

با سلام و احترام به پیوست برگ شامل:

➤ گزارش پزشکی مبتنی بر ضرورت استراحت

➤ نسخه دارویی

➤ گواهی آزمایشات پزشکی(حسب مورد)

➤ تصویر شناسنامه یا گواهی تولد نوزاد(حسب مورد)

مربوط به دانشجوی فوق که تا کنون.....واحد درسی را گذرانده و در دوران تحصیل به مدت..... نیمسال از حذف پزشکی استفاده نموده است ارسال می گردد.

خواهشمند است مقرر فرمایید بررسی و نتیجه را به این مرکز آموزشی اعلام نمایید.

تاریخ مهر و امضاء رئیس مرکز

*****دانشجوی گرامی حذف درس صرفاً برای دروسی که در آزمون شرکت نداشته اید قابل ثبت است و به محض ثبت حذف

در سامانه دیگر امکان بازگشت آن وجود ندارد لذا خواهشمند است دقت نمایید.