تاریخ:

شماره:

مؤسسه علامه نایینی

فرم حذف پزشکی نیمسال اول/دوم سال تحصیلی .....

مشخصات دانشجو :

اینجانب نام‌خانوادگی نام شماره‌دانشجوئی رشته مقطع

در جلسه امتحان درس که در ساعت صبح/عصر روز / /

برگزار شد غیبت داشته‌ام.

دلیل غیبت اینجانب : بوده و گواهی‌های لازم را ارائه می‌نمایم.

امضاء دانشجو

تاریخ

نظریه پزشک معالج : (با توجه به نظامنامه پزشکی)

نوع بیماری

عادی ☐ شدید ☐ نیاز به بستری در بیمارستان

مدت استراحت : شروع استراحت :

توضیح پزشک معالج :

امضاء

تاریخ

نظریه پزشک معتمد موسسه :

نام‌و نام‌خانوادگی

مهر و امضاء

تاریخ

تاریخ وصول فرم گواهی توسط اداره آموزش :

نام دریافت‌کننده :

توضیح: این گواهی باید بدون هیچ‌گونه خط‌خوردگی یا لاک‌گرفتگی بطور واضح و خوانا حداکثر ظرف مدت ۵ روز به اداره خدمات آموزشی تحویل گردد، در غیر اینصورت از درجه اعتبار ساقط است.

اداره امور آموزشی

مهر و امضاء

تاریخ