



به نام خدا

شماره:

تاریخ:

## درخواست حذف پزشکی از کمیته منتخب تحصیلات تکمیلی دانشکده

مشخصات دانشجو:

|                     |                     |   |
|---------------------|---------------------|---|
| نام و نام خانوادگی: | شماره دانشجویی:     | رشته و گرایش تحصیلی کارشناسی ارشد:                                  |
| استاد راهنما:       | تعداد واحد گذرانده: | نوبت اول <input type="checkbox"/> نوبت دوم <input type="checkbox"/> |

عنوان درخواست:

نام درس:

حذف نیمسال:

تاریخ برگزاری امتحان: \_\_\_\_\_

مربوط به نیمسال: اول / دوم ۱۳ \_\_\_\_\_

نوع بیماری: کلیه مستندات (شرح عمل / بستری / گزارشات پزشکی) پیوست شود.

صحت کلیه مدارک ارائه شده را تایید می نمایم در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می گیرم.

اینجانب \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضاء: \_\_\_\_\_

دانشکده:

|   |   |
|---|---|
| دانشجو از شرکت در امتحان درس یا دروس نیمسال فوق محروم نبوده است. <input type="checkbox"/>                               | محروم بوده است. <input type="checkbox"/>  |
| ۱- نام درس:   | دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/> |
| استاد درس:  | تاریخ: _____ امضاء: _____   |
| ۲- نام درس:   | دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/> |
| استاد درس:  | تاریخ: _____ امضاء: _____   |
| ۳- نام درس:   | دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/> |
| استاد درس:  | تاریخ: _____ امضاء: _____   |
| ۴- نام درس:   | دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/> |
| استاد درس:  | تاریخ: _____ امضاء: _____   |
| نظر استاد راهنما: حذف درس یا دروس نیمسال (با توجه به فعالیتهای تحصیلی دانشجو):  |   |
| استاد راهنما:   | تاریخ: _____ امضاء: _____   |
| گواهی می شود دانشجو برای اولین بار <input type="checkbox"/> دومین بار <input type="checkbox"/> درخواست حذف پزشکی دارند. |   |
| کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده:   | تاریخ: _____ امضاء: _____   |

به: مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با توجه به مدارک ارائه شده پیوست خواهشمند است موضوع درخواست نامبرده در کمیسیون پزشکی دانشگاه بررسی و اعلام نظر شود.

مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضاء: \_\_\_\_\_

به: مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

با توجه به درخواست دانشکده مدارک پزشکی دانشجوی فوق در کمیسیون پزشکی دانشگاه مورخ \_\_\_\_\_

شرح زیر صادر گردید: \_\_\_\_\_

مورد رسیدگی قرار گرفت و رای به \_\_\_\_\_

کارشناس کمیته منتخب: \_\_\_\_\_

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضاء: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضاء: \_\_\_\_\_