



وزارت علوم تحقیقات و فناوری

مؤسسه آموزش عالی سمنگان

باسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم کمیسیون پزشکی

اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی که تا پایان

نیمسال اول / دوم تحصیلی تعداد واحد را با میانگین کل گذرانده ام ، تقاضای حذف ترم/حذف واحد به شرح ذیل را دارم .

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	نیمسال تحصیلی
۱				
۲				
۳				

امضاء دانشجو

از: مرکز / مؤسسه آموزش عالی غیر دولتی - غیر انتفاعی

به: پزشک معتمد مؤسسه جناب آقای دکتر.....

با سلام و احترام؛ به پیوست برگ شامل:

۱- گواهی پزشکی مبنی بر ضرورت استراحت

۲- نسخه دارویی

۳- گواهی آزمایشات پزشکی (حسب مورد)

۴- گواهی بستری شدن در بیمارستان (حسب مورد)

۵- شناسنامه یا گواهی تولد نوزاد (حسب مورد)

مربوط به دانشجویی فوق که تا کنون واحد درسی گذرانده و در دوران تحصیل نیمسال از حذف پزشکی استفاده

نموده است ارسال می گردد. به اطلاع می رساند که نامبرده به یکی از دلایل مذکور تقاضای حذف واحد یا حذف ترم به شرح فوق را

دارد. خواهشمند است مقرر فرمایید مراتب بررسی و نتیجه را به این مرکز آموزشی اعلام نمایند .

مهر و امضاء مدیر آموزش

ارائه اصل گواهی پزشکی به نسخه دارویی و آزمایشات الزامی است . تاریخ صدور مدارک نباید از یک ماه بیشتر باشد . مدارک مربوط به بیماریهای سر پای و سبک بجز در موارد خاص مورد پذیرش کمیسیون پزشکی نمی باشد . در مورد بیماریهای مزمن و روانپزشکی خلاصه پرونده و آخرین نظریه پزشک معالج ضروری است .

از: پزشک معتمد

با سلام و احترام ، با عنایت با بررسی های به عمل آمده و نظر به اینکه مدارک پزشکی نامبرده مورد تأیید / عدم تأیید قرار گرفته است ، با

حذف ترم / حذف واحد نامبرده موافقت / مخالفت می شود .

مهر و امضاء