



بسمه تعالی

مؤسسه آموزش عالی راه دانش بابل

فرم حذف پزشکی نیمسال سال تحصیلی

مشخصات دانشجو:

اینجانب شماره دانشجویی رشته
 مقطع در جلسه امتحان درس استاد که
 صبح/عصر روز مورخ برگزار شد غیبت داشته ام.
 دلیل غیبت اینجانب: بوده و گواهی لازم را ارائه می نمایم.

امضاء دانشجو
 تاریخ

نظریه پزشک معالج: (با توجه به نظامنامه پزشکی)

نوع بیمار: عادی شدید نیاز به بستری در بیمارستان

مدت استراحت: شروع استراحت:

توضیح پزشک معالج:

امضاء
 تاریخ

نظریه پزشک معتمد:

نام و نام خانوادگی
 مهر و امضاء
 امضاء

تاریخ وصول فرم گواهی توسط اداره خدمات آموزشی:

نام دریافت کننده:
 توضیح: این گواهی باید بدون هیچ گونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی بطور واضح و خوانا حداکثر ظرف مدت ۵ روز به امور آموزش تحویل گردد، در غیراینصورت از درجه اعتبار ساقط است.

امور آموزش مؤسسه
 مهر و امضاء
 تاریخ

تاریخ وصول گواهی پزشکی: