

درخواست حذف پزشکی واحد اداره آموزش دانشکده بهداشت و ایمنی

احتراماً اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی
به دلیل بیماری و تجویز استراحت پزشکی قادر به شرکت در آزمون درس/ دروس ذیل نبوده و متقاضی حذف واحد در نیمسال سال
تحصیلی می‌باشم. به پیوست مدارک پزشکی مربوطه تقدیم می‌گردد.

ردیف	کد درس	نام درس	تاریخ و ساعت آزمون	تعداد واحد	
				نظری	عملی
۱					
۲					
۳					

تاریخ
امضا دانشجو

دانشجو

پزشک محترم معتمد
احتراماً با استناد به ماده ۱۸ آیین نامه آموزشی، خواهشمند است نظر خود را در خصوص درخواست حذف پزشکی دانشجو بر اساس مدارک پیوست اعلام
فرمایید.

تاریخ
امضا مدیر آموزش

مدیر آموزش

اداره آموزش
احتراماً مدارک پزشکی دانشجو بررسی و درخواست دانشجو مورد تأیید می‌باشد/ نمی‌باشد.

تاریخ
امضا پزشک معتمد دانشکده

پزشک معتمد

درخواست تأیید شده دانشجو دریافت و حذف پزشکی واحد در سامانه هم‌آوا ثبت گردید.

تاریخ
امضا کارشناس آموزش

کارشناس آموزش