**ف ( 3 - ن م – 502** )

 **بسمه تعالی**



**فرم درخواست حذف غيبت پزشكي**

**اداره کل امورآموزشی**

****

**اينجانب :….……………………………….……..**

**شماره دانشجويي : ….…………………………….**

به دليل بيماري : .……………………………

مورخ : ….…………………………………

در امتحان درس :..….………………………..

**موفق به حضور نشدم**  و درخواست مي نمايم با حذف غيبت موافقت فرماييد .ضمنا گواهي پزشك پيوست مي باشد .

 **امضاء دانشجو**

  **تاريخ**

|  |
| --- |
|  |

**مدير كل محترم امور آموزشي**

**باسلام و احترام**

گواهي پيوست مورد تاييد مي باشد

مدارك و مستندات كافي درخصوص تاييد گواهي بطور قطعي موجود نيست

معاينات بعمل آمده درموقع مراجعه دال بربيماري نمي باشد.

بدليل گذشت زمان عملا امكان اظهار نظر قطعي يا معاينه وجود ندارد

 **رياست مركز بهداشت و درمان دانشگاه**