

## << فرم درخواست حذف پزشکی >>

نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:
مقطع:	رشته:
نام استاد:	نام درس:
تاریخ امتحان:	
دلیل غیبت در جلسه امتحان به همراه مدارک مورد نیاز:	
<input type="checkbox"/> با حذف پزشکی درس فوق تعداد واحد های اخذ شده اینجانب در ترم جاری کمتر از ۱۴ واحد نخواهد شد.	
امضاء دانشجو	

### نظر پزشک معتمد

مدارک پزشکی :	<input type="checkbox"/> مورد تایید است	<input type="checkbox"/> مورد تایید نیست
تاریخ و مهر امضا پزشک		

### بررسی و نظر آموزش مؤسسه

تعداد واحدهای اخذ شده دانشجو در ترم جاری:	تعداد ترمهای مشروطی:
معدل کل دانشجو:	تعداد موارد حذف پزشکی در نیمسالهای قبل:
تعداد دروس مورد تقاضای حذف پزشکی در نیمسال جاری:	
امضاء کارشناس آموزش	

### نظر گروه مربوطه

<input type="checkbox"/> با حذف درس مورد نظر موافقت می شود	<input type="checkbox"/> با حذف درس مورد نظر موافقت نمی شود
امضاء مدیر گروه	

### نظر شورای آموزشی مؤسسه

<input type="checkbox"/> با حذف درس مورد نظر موافقت می شود	<input type="checkbox"/> با حذف درس مورد نظر موافقت نمی شود
امضاء معاون آموزشی مؤسسه	