



شماره :

فرم درخواست مرخصی پزشکی

تاریخ:

((بدون احتساب سنوات))

شماره دانشجویی :

نام و نام خانوادگی :

رشته :

مقطع :

احتراماً ، اینجانب به دلیل بیماری و با توجه به مدارک پیوست ، درخواست مرخصی پزشکی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی را دارم .

امضا:

تاریخ:

شماره تماس :

پزشک معتمد محترم ،

احتراماً درخواست دانشجوی به همراه مدارک پزشکی مربوطه جهت اعلام نظر ارسال می شود .

معاون آموزشی مؤسسه

نظر پزشک معتمد مؤسسه :

مهر و امضا :

مورد تایید است مورد تایید نیست

رای شورای آموزشی : با درخواست دانشجوی موافقت گردید با درخواست دانشجوی مخالفت گردید

شماره و تاریخ صورتجلسه :

اداره آموزش :

توجه : این فرم باید به همراه اصل مدارک پزشکی به معاون آموزشی مؤسسه و سپس به پزشک معتمد جهت تأیید ارائه شود . قابل ذکر است کپی و فکس گواهی قابل قبول نمی باشد .