

درخواست حذف پزشکی از کمیته منتخب تحصیلات تکمیلی دانشکده

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	رشته و گرایش تحصیلی کارشناسی ارشد:
استاد راهنما:	تعداد واحد گذرانده:	روزانه <input type="checkbox"/> نوبت دوم <input type="checkbox"/> پردیس دانشگاهی <input type="checkbox"/> مجازی <input type="checkbox"/>

عنوان درخواست:

<p><input type="checkbox"/> نام درس: تاریخ برگزاری امتحان: <input type="checkbox"/> حذف نیمسال:</p> <p>مربوط به نیمسال: اول / دوم ۱۳</p> <p>نوع بیماری: کلیه مستندات (شرح عمل / بستری / گزارشات پزشکی) پیوست شود.</p> <p>اینجانب صحت کلیه مدارکار ارائه شده را تایید می نمایم در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می گیرم. ضمناً چنانچه با حذف درس مذکور میانگین معدل نیمسال تحصیلی کمتر از ۱۴ شود (حتی کمتر از ۸ واحد درسی) برای اینجانب یک نیمسال مشروطی محسوب شده و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.</p> <p style="text-align: right;">تاریخ: امضاء:</p>	
--	--

دانشکده:

<p>دانشجو از شرکت در امتحان درس یا دروس نیمسال فوق محروم نبوده است. <input type="checkbox"/></p> <p>دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: امضاء:</p>	<p>۱- نام درس:</p> <p>استاد درس:</p>	<p>دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: امضاء:</p>
<p>دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: امضاء:</p>	<p>۲- نام درس:</p> <p>استاد درس:</p>	<p>دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: امضاء:</p>
<p>دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد. <input type="checkbox"/> محروم نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: امضاء:</p>	<p>۳- نام درس:</p> <p>استاد درس:</p>	<p>نظر استاد راهنما: حذف درس یا دروس نیمسال (با توجه به فعالیتهای تحصیلی دانشجو):</p> <p>تاریخ: امضاء:</p>
<p>گواهی می شود دانشجو برای اولین بار <input type="checkbox"/> دومین بار <input type="checkbox"/> درخواست حذف پزشکی دارند.</p> <p>کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده: تاریخ: امضاء:</p>		

به: مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

<p>با توجه به مدارک ارائه شده پیوست خواهشمند است موضوع درخواست نامبرده در کمیسیون پزشکی دانشگاه بررسی و اعلام نظر شود.</p>		
مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده:	تاریخ:	امضاء:

به: مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

<p>با توجه به درخواست دانشکده مدارک پزشکی دانشجوی فوق در کمیسیون پزشکی دانشگاه مورخ</p> <p>شرح زیر صادر گردید:</p> <p>کارشناس کمیته منتخب:</p> <p>مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده:</p>	<p>تاریخ:</p> <p>تاریخ:</p>	<p>مورد رسیدگی قرار گرفت و رای به</p> <p>امضاء:</p> <p>امضاء:</p>
--	-----------------------------	---

