



## بسمه تعالی

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

## فرم تاییدیه دانشجویی

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: شماره همراه:

مقطع تحصیلی: کارشناسی  کارشناسی ارشد  دکتری  دانشکده:

رشته تحصیلی: گرایش: دوره: روزانه / شبانه

نوع درخواست: حذف درس  حذف ترم  محدودیت ورزشی  اخذ سنوات  بازگشت به تحصیل

تاریخ و ساعت امتحان:

توضیحات:

تاریخ و مهر و امضاء

تاریخ و امضاء دانشجو

رئیس آموزش / تحصیلات تکمیلی

### تحويل مدارک پزشکی به دفتر پزشک معتمد دانشگاه

در روز تاریخ دانشجوی فوق مدارک پزشکی در خصوص بیماری را به دفتر پزشک معتمد تحويل و ویزیت گردیده است.

پزشک معتمد دانشگاه

### نظر کمیسیون پزشکی دانشگاه

با سلام

در جلسه روز مورخ ..... کمیسیون پزشکی با درخواست حذف درس / دروس ..... خانم/آقای ..... به دلیل بیماری ..... موافقت / مخالفت نمودند.

کمیسیون پزشکی دانشگاه

## مدارک پزشکی زایمان:

۱. اصل گواهی استراحت از متخصص زنان و زایمان
۲. اصل و کپی شناسنامه مادر و فرزند
۳. خلاصه پرونده بیمارستان یا شرح عمل جراحی
۴. فرم تاییدیه دانشجویی از دانشکده

## مدارک پزشکی بارداری:

۱. اصل گواهی استراحت از متخصص زنان و زایمان
۲. سونوگرافی حاملگی
۳. فرم تاییدیه دانشجویی از دانشکده