



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
مرکز آموزش عالی علمی - کاربردی.....
وابسته به

بسمه تعالی

شماره :
تاریخ :

کد ۱-۱۳. ف خ ن

فرم کمیسیون پزشکی

اینجانب دانشجوی رشته مقطع به شماره دانشجویی
که تا پایان نیمسال اول / دوم تحصیلی تعداد واحد را با میانگین کل گذرانده ام،
تقاضای حذف ترم به شرح ذیل را دارم.

حذف واحد

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	نیمسال تحصیلی

امضاء دانشجو

از : مؤسسه / مرکز آموزش عالی علمی - کاربردی
به : مرکز بهداشت و درمان
با سلام و احترام؛ به پیوست برگ شامل :
۱ - گواهی پزشکی مبنی بر ضرورت استراحت
۲ - نسخه دارویی
۳ - گواهی آزمایشگاه پزشکی (حسب مورد)
۴ - گواهی بستری شدن در بیمارستان (حسب مورد)
۵ - شناسنامه یا گواهی تولد نوزاد (حسب مورد)

مربوط به دانشجوی فوق که تاکنون واحد درسی گذرانده و در دوران تحصیل نیمسال از حذف پزشکی استفاده
نموده است ارسال می گردد . به اطلاع می رساند که نامبرده به یکی از دلایل مذکور تقاضای حذف واحد با حذف ترم به شرح فوق را دارد .
خواهشمند است مقرر فرمایید مراتب بررسی و نتیجه را به این مرکز آموزشی اعلام نمایند.

مهر و امضاء مدیر آموزش

ارائه اصل گواهی پزشکی به نسخه دارویی و آزمایشات الزامی است . تاریخ صدور مدارک نباید از یکماه بیشتر گذشته باشد .
مدارک مربوط به بیماریهای سرپایی و سبک بجز در موارد خاص مورد پذیرش کمیسیون پزشکی نمی باشد . در مورد بیماریهای
مزمّن و روانپزشکی خلاصه پرونده و آخرین نظریه صریح پزشک معالج ضروری است.

از : مرکز بهداشت و درمان

سلام علیکم؛

احتراماً، با عنایت به بررسی های به عمل آمده و نظر به اینکه مدارک پزشکی نامبروود تاییدقرار گرفته است، باحذف ترم نامبرده موافقت می شود
عدم تایید حذف واحد مخالفت

مهر و امضاء
مرکز بهداشت و درمان