

تاریخ :  
شماره :

## \* درخواست حذف پزشکی \*

### ◀ ریاست محترم دانشکده

بدینوسیله درخواست شماره مورخ برادر/ خواهر  
دانشجوی رشته به شماره دانشجویی مبنی بر حذف پزشکی درس یا دروس ذیل  
ارسال می شود. خواهشمند است با عنایت به ماده آیین نامه آموزشی مصوب دستور اقدام لازم را صادر فرمایید.

نام درس	شماره درس	کد گروه	نام استاد	تاریخ امتحان	وقت امتحان

تاریخ  
شماره  
مدیر گروه  
نام و نام خانوادگی

• تأیید کارشناس آموزشی دانشکده مبنی بر عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان در تاریخ ذکر شده:

### ◀ مدیرکل محترم خدمات آموزشی

تاریخ  
شماره  
☐ مندرجات فوق مورد تایید است  
☐ مندرجات فوق مورد تایید نیست

خواهشمند است دستور اقدام لازم را صادر فرمائید.

معاون آموزشی دانشکده  
نام و نام خانوادگی

◀ دانشکده

◀ اداره

○ مندرجات فوق براساس  
○ مندرجات فوق براساس  
مورد تایید است.  
مورد تایید نیست.

تاریخ  
شماره

اقدام لازم بعمل آید.

مدیرکل خدمات آموزشی