

شماره:
تاریخ:
پیوست:



درخواست حذف پزشکی دروس

رئیس محترم شورای آموزشی مرکز علمی کاربردی فرهنگ و هنر واحد ۴۶ تهران

اینجانب

دانشجوی رشته و مقطع

ورودی سال تحصیلی

به شماره دانشجویی

و شماره ملی

در تاریخ

به علت بیماری

موفق به شرکت در آزمون درس / دروس زیر نشده ام. لذا خواهشمند است با عنایت به موجه بودن عدم حضور اینجانب در جلسه آزمون های مذکور زیر نسبت به حذف پزشکی دروس زیر اقدامات لازم را مبذول فرمائید.

ر	نام درس	نام استاد	تاریخ آزمون کتبی	تاریخ آزمون عملی
۱				
۲				

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ:

اظهار نظر گروه آموزشی در خصوص درخواست حذف پزشکی دروس دانشجو

با توجه به بررسی مدارک و مستندات تحویلی دانشجو، با درخواست حذف پزشکی دروس زیر:

ر	نام درس	نام استاد	موافقت با حذف پزشکی	مخالفت با حذف پزشکی
۱			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

موضوع در جلسه شماره مورخ شورای آموزشی مرکز مطرح و با توجه به قوانین آموزشی، حذف پزشکی دروس دانشجو مورد بررسی قرار گرفت.

امضاء:	تاریخ:	نام و نام خانوادگی رئیس مرکز:
امضاء:	تاریخ:	نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز: