شماره : **............ /آ/ پ**

تاریخ: ..........................



معاونت محترم آموزشی علوم پایه / علوم بالینی

با سلام

 احتراماً، به اطلاع می رساند اینجانب ............................. دانشجوی رشته ................... به شماره دانشجویی ............................... در تاریخ ................................ بعلت ابتلا به بیماری ............................................................ قادر به حضور در جلسه امتحان درس / دروس ذیل نشده ام خواهشمند است با توجه به گواهی پزشک (پیوست) که به تایید پزشک معتمد دانشکده نیز رسیده است اقدام مقتضی مبذول گردد.

نام درس نام استاد تاریخ ساعت امتحان

1)

2)

3)

4)

 **امضاء دانشجو**

شورای آموزشی دانشکده پزشکی در مورخ .......................................... برگزار و مدارک دانشجو ..................................... را بررسی و با حذف درس /دروس مخالفت / موافقت نمود.

**رئیس اداره آموزش**