**بسمه تعالی**

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرم حذف پزشکی

دانشکده ......



|  |  |
| --- | --- |
| استاد درس | **معاون محترم آموزشی دانشکده ..........**  **با سلام واحترام**  **نظر به اینکه آقای/خانم دانشجوی رشته**  **به شماره دانشجویی امروز مورخ ساعت**  **امتحان درس به شماره دارد و اظهارمی دارد که بیمار است. خواهشمند است مقرر فرمایید اقدام لازم اعمال گردد.**  **نام و نام خانوادگی استاد مربوطه:**  **امضاء و تاریخ:** |
| معاونت آموزشی | **مرکز طبی و بهداشتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز**  **شماره نامه:**  **تاریخ:**  **با سلام و احترام**  **دانشجو با مشخصات فوق بهمراه گواهی مربوطه معرفی می گردد. خواهشمنداست درموردحذف پزشکی وی اعلام نظر بفرمایید.**  **معاون آموزشی دانشکده:**  **امضاء و تاریخ:** |
| مرکز طبی | **معاون محترم آموزشی دانشگاه**  **با سلام واحترام شماره نامه:**  **تاریخ:**  **رئیس مرکز طبی و بهداشتی دانشجویان:**  **امضاء و تاریخ:** |