**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:** |