

فرم اعلام نظر بیماری دانشجوی

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
نام مرکز آموزش :	رشته :
سال و نیمسال ورود :	مقطع :
تعداد واحدهای گذرانده :	تعداد واحدهای باقیمانده :
موضوع :	
☐ عدم مراجعه	☐ مشروطی
☐ سایر	

نام و نام خانوادگی :

اعلام نظر:

با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجوی، مشخص شد دانشجوی در نیم سال اول / دوم

- قادر به حضور در کلاس های درسی بوده / نبوده است.
- قادر به حضور در جلسه امتحان بوده / نبوده است.

توضیحات:

امضا، مهر و تاریخ

نام و نام خانوادگی :

اعلام نظر:

با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجوی، مشخص شد دانشجوی در نیم سال اول / دوم

- قادر به حضور در کلاس های درسی بوده / نبوده است.
- قادر به حضور در جلسه امتحان بوده / نبوده است.

توضیحات:

امضا، مهر و تاریخ

تکمیل توسط مرکز آموزش

تکمیل توسط پزشک معتمد