



مرکز بهداشت، درمان
دانشگاه زنجان

فرم مشخصات و مدارک پزشکی دانشجوی جهت ارائه به کمیون پزشکی

مدارک مربوط به مربوط به آقای/خانم	دانشجوی دوره	مقطع	رشته
به شماره دانشجویی:	شماره تلفن همراه:		
<input type="checkbox"/> اصل گواهی بیماری	<input type="checkbox"/> اصل وکبی، اسناد بستری در بیمارستان		
<input type="checkbox"/> فیلم رادیولوژی-اسکن	<input type="checkbox"/> مدارک آزمایشگاه		
<input type="checkbox"/> گواهی تولد نوزاد(زایمان)	<input type="checkbox"/> مدارک غیره(توضیح:نسخه دارویی که ممهور به مهر داروخانه باشد)		
نامبرده مدارک مذکور و تقاضای خود به شرح زیر مربوط به نیمسال			
مرکز بهداشت و درمان دانشگاه تحویل داده است و یکی از موارد ذیل را درخواست دارد.			
<input type="checkbox"/> مرخصی تحصیلی	<input type="checkbox"/> حذف درس-دروس	سال تحصیلی	را در تاریخ
			به

اسامی امتحانات که نامبرده به دلیل پزشکی در آن شرکت نکرده است

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	ساعت امتحان	نام استاد مربوطه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

اینجانب.....با مطالعه دقیق و آگاهی از شرایط شیوه نامه حذف پزشکی دانشگاه زنجان درخواست خود را اعلام میدارم.

تاریخ و امضاء دانشجو