



مرکز بهداشت، درمان
دانشگاه زنجان

فرم مشخصات و مدارک پزشکی دانشجو جهت ارائه به کمیون پزشکی

درخواست حذف پزشکی درس برای امتحانات

نتیجه رای	
رد	تایید

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 وکپی، 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)		
توضیحات ضروری در صورت نیاز:			

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					

※ آخرین مهلت ارائه گواهی-های امتحانی به همراه فرم تکمیل شده به مرکز حد اکثر (۳) سه روز کاری بعد از روز امتحان مورد نظر خواهد بود.
پس از آن به هیچ عنوان گواهی توسط مرکز تحویل گرفته نخواهد شد
※(زمان تحویل مدارک فقط ایام اداری از ساعت ۹ الی ۱۲)

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

تاریخ و امضاء دانشجو