**فرم گواهی پزشکی نیمسال اول/ دوم سال تحصیلی**

**مشخصات دانشجو :**

اینجانب: نام خانوادگی : نام : دوره : روزانه ⃞ شبانه ⃞ پردیس دانشگاهی ⃞ که در ساعت صبح / عصر مورخ برگزار شد غیبت داشته ام .

 امضاء دانشجو

 تاریخ

**نظریه پزشک معالج : (با توجه به نظام نامه پزشکی)**

نوع بیماری :

عادی ( ) شدید ( ) نیاز به بستری در بیمارستان ( )

مدت استراحت : شروع استراحت :

توضیح پزشک معالج :

امضاء

تاریخ

**نظریه پزشک معتمد (مرکز بهداشت دانشگاه)**

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

تاریخ

**نظریه بازدید کننده از اداره خدمات ، خدمات آموزشی دانشکده**

اینجانب طی اطلاع در ساعت : روز : مورخ :

از دانشجو در : در بازدید بعمل آوردم و صحت بیماری را گواهی می نمایم ⃞ نمی نمایم ⃞

 **تاریخ وصول فرم گواهی توسط اداره خدمات اموزشی**

 نام دریافت کننده :

**توضیح اینکه :** گواهی باید بدون هیچگونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی بطور واضح و خوانا حداکثر ظف مدت پنج روزبه اداره خدمات آموزشی تحویل گردد ، در غیر اینصورت از درجه اعتبار ساقط است

**معاون آموزشی و دانشجویی دانشکده**

**مهر و امضاء**

**تاریخ**

**فرم دروسی که دانشجو امتحان نداده و غیبت داشته نیمسال اول ⃞ دوم ⃞ سال تحصیلی**

 نام دانشجو : رشته تحصصیلی : شمار دانشجویی :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام درس** | **تعداد واحد** | **تاریخ برگزاری امتحان** | **ملاحظات** |
| **موجه** | **غیر موجه** |
|  |  |  |  |  |  |

**ستون ملاحظات توسط کمیته منتخب تکمیل خواهد شد**

نظریه کمیته منتخب :

**واحدهای اخذ شده در ترم جاری (مطابق برگه انتخاب واحد پر شود)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شماره درس** | **نام درس** | **تعداد واحد** | **ملاحظات** |
|  |  |  |  |  |