

فرم اعلام نظر بیماری دانشجو

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
نام مرکز آموزش :	رشته :
سال و نیمسال ورود :	مقطع :
تعداد واحدهای گذرانده :	تعداد واحدهای باقیمانده :
موضوع :	
<input type="checkbox"/> عدم مراجعه	<input type="checkbox"/> مشروطی
<input type="checkbox"/> سایر	
نام و نام خانوادگی :	
اعلام نظر:	
<p>با توجه به بررسی مدارک پزشکی و ویزیت دانشجو، مشخص شد دانشجو 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:</p>	
امضا، مهر و تاریخ	

تکمیل توسط مرکز آموزش

تکمیل توسط پزشک معتمد