



بسته‌بندی

# فرم درخواست حذف پزشکی یا مجاز درس

تاریخ: .....

شماره: .....

پست: .....

دانشکده دانشجوی: .....	ترم درخواست: .....										
درخواست دانشجو	<p>نام و نام خانوادگی: .....</p> <p>شماره دانشجویی: .....</p> <p>رشته تحصیلی: .....</p> <p>تعداد کل واحد گذرانده: .....</p> <p>معدل کل: .....</p> <p>علت حذف:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>تاریخ و امضاء دانشجو</p>										
نظر مدرس درس	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">نام و امضاء مدرس</th> <th style="width: 20%;">شرکت یا عدم شرکت در امتحان میان ترم</th> <th style="width: 20%;">وضعیت حضور در کلاس</th> <th style="width: 20%;">نام درس</th> <th style="width: 25%;">کد و گروه درس</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 80px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام و امضاء مدرس	شرکت یا عدم شرکت در امتحان میان ترم	وضعیت حضور در کلاس	نام درس	کد و گروه درس					
نام و امضاء مدرس	شرکت یا عدم شرکت در امتحان میان ترم	وضعیت حضور در کلاس	نام درس	کد و گروه درس							
نظر دانشکده	<p style="text-align: right;">از دانشکده به اداره کل آموزش:</p> <p>احتراماً، با حذف پزشکی <input type="checkbox"/> مجاز <input type="checkbox"/> درس ..... از ترم ..... موافقت گردید، خواهشمنداست اقدام لازم را مبذول فرمائید. ضمناً نامبرده در گذشته دارای تعداد ..... حذف بوده‌اند.</p> <p>مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده</p>										
اطلاعات لازم	<p>تذکره ۱: جهت حذف پزشکی ارائه گواهی پزشکی که به تایید بهداری دانشگاه رسیده باشد الزامی می باشد.</p> <p>تذکره ۲: جهت حذف مجاز ارائه مدارک مبنی بر موجه بودن غیبت در امتحان پایان ترم درس به آموزش دانشکده الزامی می باشد.</p> <p>تذکره ۳: درخواست حذف فقط در صورت عدم شرکت در امتحان پایان ترم درس امکان پذیر است.</p> <p>تذکره ۴: دانشجو باید حداکثر تا دو روز پس از آخرین روز امتحان پایان ترم مدارک را به دانشکده تحویل نماید.</p> <p>تذکره ۵: درخواست حذف بیش از دو درس به کمسیون موارد خاص دانشگاه جهت اظهار نظر ارجاع می گردد.</p>										