

| | | |
|--------|---|---------------------------------|
| تاریخ: | فرم درخواست اظهار نظر پزشک معتمد | دانشگاه صنعتی کرمانشاه |
| شماره: | | مدیریت امور دانشجویی |
| پیوست: | | فرم شماره ۱ مرکز بهداشت و درمان |

مرکز بهداشت و درمان دانشگاه

اینجانب خانم/آقا دانشجوی رشته به شماره دانشجویی به

علت بیماری درخواست بررسی پرونده پزشکی خود توسط پزشک معتمد دانشگاه را دارم

- درخواست: حذف ترم حذف درس مرخصی تحصیلی
- انتقال به دانشگاه دیگر مهمان به دانشگاه دیگر مجوز ادامه تحصیل

سایر /با ذکر توضیحات:

شماره فیش واریزی:

مدارک ارائه شده به شرح زیر به تعداد برگ به پیوست می باشد:

- | | | |
|----|----|----|
| -۱ | -۳ | -۵ |
| -۲ | -۴ | -۶ |

تاریخ و امضاء

دانشجو

بدینوسیله تایید می گردد درخواست دانشجو به شماره دانشجویی

در تاریخ به همراه برگ مستندات تحویل مرکز بهداشت و درمان دانشگاه گردید.

لازم به ذکر است ارائه درخواست دانشجو برای مرتبه می باشد.

مهر و امضاء

مرکز بهداشت و درمان

توضیحات:

۱- لطفا کلیه مدارک پزشکی خود را به این درخواست الصاق کنید.

۲- لغایت ۱۰ روز پس از تحویل مدرک خود به مرکز بهداشت و درمان نسبت به دریافت مدارک پزشکی خود اقدام کنید. بدیهی

است پس از پایان این زمان مدارک امحا می گردد و این مرکز هیچگونه مسئولیتی نخواهد داشت.