

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

دانشکده پزشکی

فرم اعتراض دانشجویان به آزمون جهت بررسی در دفتر توسعه آموزش(EDO)

ورودی و مقطع دانشجویان: گروه آموزشی: نام استاد/اساتید درس: نام آزمون: تاریخ آزمون: نوع آزمون:

........................................................................................................

1. آیا قبل از ارائه اعتراض به EDO دانشکده اعتراض خود را به گروه یا استاد مربوطه اعلام کرده اید؟ نتیجه اعتراض چگونه بود؟ درصورت امکان پاسخ گروه را ضمیمه نمائید.
2. درصورت اعتراض به سؤال یا گزینه های سؤال، متن و گزینه ها را بنویسید.

1. آیا سؤال خارج از رفرنس درس است؟
2. علت اعتراض چیست؟ (همراه با دلیل و مستندات معتبر، ذکر صفحات منبع یا عکس از صفحات مربوطه)

1. اگر نیاز به توضیح اضافه برای اعتراض خود دارید، قید نمائید.
2. اسامی و شماره دانشجویان معترض به آزمون:

.................................. ................................... ................................ ...............................

.................................. ................................... ................................ ...............................

.................................. ................................... ................................ ...............................

 نام ونام **خانوادگی و امضاء** نماینده دانشجویان