

## فرم تأیید گواهی استعلاجی

اینجانب ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی به شماره دانشجویی ..... بدلیل بیماری ..... که از تاریخ ..... لغایت ..... بوده ، قادر به حضور در جلسه امتحان نهایی درس ( دروس ) مندرج در جدول زیر نبوده ام . ضمناً به پیوست گواهی پزشکی و دیگر مدارک مربوط ( از قبیل نسخ پزشک معالج ، آزمایش ، عکس و ..... ) که به تأیید پزشک معتمد دانشگاه رسیده است ارائه می گردد .

ردیف	نام درس	شماره درس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان	نام استاد درس

این تقاضا به منظور حذف پزشکی درس ( دروس ) فوق ارائه گردیده و چنانچه خلاف واقع باشد مسئولیت آن را خواهم پذیرفت .

تاریخ و امضاء دانشجو

\*\*\*\*\*

**نظر استاد راهنمای دانشجو :**

تاریخ و امضاء استاد راهنما

\*\*\*\*\*

**مدیر متمرکز اداره کل آموزش دانشگاه**

باسلام و احترام

نظر به اینکه نامبرده در امتحان پایان ترم ، نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ..... طبق جدول فوق غایب بوده و باتوجه به گواهی پیوست و تأیید پزشک معتمد دانشگاه در شورای آموزشی دانشکده مورخ ..... مطرح و غیبت نامبرده موجه  غیر موجه  اعلام گردید .

معاون آموزشی

و پژوهشی دانشکده