|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مدیریت تحصیلات تکمیلیمعاونت آموزشی و پژوهشیآموزشی  | فرم درخواست حذف پزشکی دوره کارشناسی ارشد |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي:** | **شماره دانشجويي:** | **رشته و گرايش:** |
| استاد راهنما: | تعداد واحد گذرانده: |  روزانه❑ نوبت دوم ❑ |

|  |
| --- |
| ❑حذف تکدرس: نام درس تاريخ برگزاري امتحان:❑ حذف نیمسال : مربوط به نیمسال : اول / دوم 13 نوع بيماري : کلیه مستندات (شرح عمل / بستری / گزارشات پزشکی ) پیوست شود.اینجانب صحت کلیه مدارک ارائه شده را تایید می نمایم، در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می­گیرم. تاريخ: امضاء  |
| دانشجو از شرکت در امتحان درس یا دروس نیمسال فوق محروم نبوده است. ❑ محروم بوده است. ❑در صورت درخواست دانشجو برای حذف کل دروس نیم­سال فوق لیست دروس ثبت نام مورد تأیید توسط آموزش دانشکده باید پیوست شود**:**تایید استاد یا اساتید کل دروس (درخواست شده برای حذف) مبنی بر عدم محروم بودن دانشجو: |
| **نظر استاد راهنما :**حذف درس یا دروس نیم­سال (با توجه یه فعالیت­های تحصیلی دانشجو ):استادراهنما: تاریخ : امضا: |
| گواهی می­شود دانشجو برای ..................... مرتبه درخواست حذف پزشکی دارند.کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه: تاریخ : امضا: |
| **نظر پزشک معتمد دانشگاه:**مدارک پیوست مورد تأیید می­باشد ❑ مورد تأیید نمی­باشد ❑پزشک معتمد دانشگاه: تاریخ: مهر و امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای گروه مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید (کپی صورت­جلسه پیوست گردید):مدیر گروه آموزشی : تاریخ : امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای آموزشی دانشکده مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید (کپی صورت­جلسه پیوست گردید): رییس دانشکده : تاریخ : امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید: مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه : تاریخ : امضا: |