



دانشگاه علوم پزشکی لرستان
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

فرم حذف پزشکی

تاریخ:

شماره:

پزشک معتمد دانشکده علوم پزشکی لرستان

گواهی پزشکی مورخ صادره توسط آقا/ خانم دکتر به نظام پزشکی که به
همراه مدارک تشخیص و درمانی اینجانب دانشجوی رشته ترم به شماره
دانشجویی مجتمع آموزش عالی سلامت دورود که بعلت ابتلا به بیماری قادر به :

- ۱- شرکت در جلسه امتحان درس مورخ
- ۲- شرکت در جلسه امتحان درس مورخ
- ۳- شرکت در جلسه امتحان درس مورخ

به پیوست ارائه می گردد. خواهشمند است بررسی و در صورت لزوم اقدامات تشخیصی مقتضی معمول و چگونگی وضعیت سلامت اینجانب را ذیلا به اداره کل امور آموزشی دانشگاه اعلام فرمائید.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا

۱- نظریه استاد درس مربوطه

۲- نظریه مدیر گروه

۳- نظریه رئیس مجتمع سلامت

۴- نظریه پزشک معتمد دانشگاه