



دانشگاه علوم پزشکی لرستان
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

معاونت محترم مجتمع آموزش عالی سلامت شهرستان دورود

با سلام و احترام

اینجانب دانشجوی رشته نیمسال سال تحصیلی با
شماره دانشجویی در آزمون .. نظر به بیماری
مورخ شرکت ننموده ام.

ضمن ارسال گواهی بیماری و مدارک مربوطه، خواهشمند است دستور فرمائید در خصوص حذف پزشکی درس مذکور اقدام لازم صورت گیرد. ضمناً برای بار است که از گواهی استعلاجی استفاده مینمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ/امضا