



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پرستاری 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