



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پرستاری دورود

تاریخ :

شماره :

معاونت محترم دانشکده پرستاری 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