

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرم حذف پزشکی

دانشکده



<p>استاد درس</p>	<p>معاون محترم آموزشی دانشکده</p> <p>با سلام و احترام نظر به اینکه آقای/خانم به شماره دانشجویی امتحان درس بیمار است. خواهشمند است مقرر فرمایید اقدام لازم اعمال گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی استاد مربوطه: امضاء و تاریخ:</p> <p>دانشجوی رشته امروز به شماره مورخ ساعت دارد و اظهار می دارد که</p>
<p>معاون آموزشی</p>	<p>مرکز طبی و بهداشتی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز</p> <p>شماره نامه: تاریخ:</p> <p>با سلام و احترام دانشجو با مشخصات فوق به همراه گواهی مربوطه معرفی می گردد. خواهشمند است درمورد حذف پزشکی وی اعلام نظر بفرمایید.</p> <p>معاون آموزشی دانشکده: امضاء و تاریخ:</p>
<p>مرکز طبی</p>	<p>معاون محترم آموزشی دانشگاه</p> <p>با سلام و احترام</p> <p>شماره نامه: تاریخ:</p> <p>رئیس مرکز طبی و بهداشتی دانشجویان: امضاء و تاریخ:</p>