|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فرم شماره 17  تاریخ:25/08/1391 | **موسسه آموزش عالی شمس گنبد**  **فرم تقاضای فرصت تحصیلی** | UniArm.JPG |
| مدیر محترم آموزش  با سلام احتراما به عرض می رسا ند اینجانب ........................................ به شماره دانشجوئی.................................... دانشجوی مقطع کاردانی کارشناسی رشته ......................................... متقاضی حذف درس......................................... به علت بیماری طبق مدارک پیوست در نیمسال اول دوم تابستان سال تحصیلی ........................... می باشم و تعهد می نمایم کلیه شرایط مربوط به آن را مطالعه و دارا می باشم. لذا خواهشمند است ا قدامات لازم را مبذول فرمایید.  **تاریخ و امضا دانشجو** | | |
| بدین وسیله گواهی می شود .......................روز استراحت پزشکی دانشجو به علت بیماری ....................................... مورد تایید است.  **تاریخ و مهرو امضا پزشک معتمد**  **آدرس: دکتر حسین بای، خیابان طالقانی شرقی- مجتمع دریا – طبقه سوم – واحد 9 تلفن: 2230488 - 0172** | | |
| با توجه به بررسی بعمل آمده از صورتجلسه امتحانی، نامبرده در امتحان فوق شرکت نکرده است. لذا حذف درس طبق گواهی استراحت و تایید پزشک معتمد موسسه بلامانع است.  **تاریخ و مهرو امضا مسئول امتحانات** | | |
| مراتب فوق در جلسه مورخ ............................................. شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد تایید واقع گردید واقع نگردید  **تاریخ و مهر و امضا مدیر آموزش** | | |
| مدیر آموزش، ضمن رعایت موارد قانونی، حذفدرس بالا به عنوان حذف پزشکی نامبرده در سیستم ثبت گردد.  **تاریخ و مهر و امضا معاون آموزش** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فرم شماره 17  تاریخ:25/08/1391 | **موسسه آموزش عالی شمس گنبد**  **فرم تقاضای فرصت تحصیلی** | UniArm.JPG |
| مدیر محترم آموزش  با سلام احتراما به عرض می رسا ند اینجانب ........................................ به شماره دانشجوئی.................................... دانشجوی مقطع کاردانی کارشناسی رشته ......................................... متقاضی حذف درس......................................... به علت بیماری طبق مدارک پیوست در نیمسال اول دوم تابستان سال تحصیلی ........................... می باشم و تعهد می نمایم کلیه شرایط مربوط به آن را مطالعه و دارا می باشم. لذا خواهشمند است ا قدامات لازم را مبذول فرمایید.  **تاریخ و امضا دانشجو** | | |
| بدین وسیله گواهی می شود .......................روز استراحت پزشکی دانشجو به علت بیماری ....................................... مورد تایید است.  **تاریخ و مهرو امضا پزشک معتمد**  **آدرس: دکتر حسین بای، خیابان طالقانی شرقی- مجتمع دریا – طبقه سوم – واحد 9 تلفن: 2230488 - 0172** | | |
| با توجه به بررسی بعمل آمده از صورتجلسه امتحانی، نامبرده در امتحان فوق شرکت نکرده است. لذا حذف درس طبق گواهی استراحت و تایید پزشک معتمد موسسه بلامانع است.  **تاریخ و مهرو امضا مسئول امتحانات** | | |
| مراتب فوق در جلسه مورخ ............................................. شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد تایید واقع گردید واقع نگردید  **تاریخ و مهر و امضا مدیر آموزش** | | |
| مدیر آموزش، ضمن رعایت موارد قانونی، حذفدرس بالا به عنوان حذف پزشکی نامبرده در سیستم ثبت گردد.  **تاریخ و مهر و امضا معاون آموزش** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فرم شماره 17  تاریخ:25/08/1391 | **موسسه آموزش عالی شمس گنبد**  **فرم تقاضای فرصت تحصیلی** | UniArm.JPG |
| مدیر محترم آموزش  با سلام احتراما به عرض می رسا ند اینجانب ........................................ به شماره دانشجوئی.................................... دانشجوی مقطع کاردانی کارشناسی رشته ......................................... متقاضی حذف درس......................................... به علت بیماری طبق مدارک پیوست در نیمسال اول دوم تابستان سال تحصیلی ........................... می باشم و تعهد می نمایم کلیه شرایط مربوط به آن را مطالعه و دارا می باشم. لذا خواهشمند است ا قدامات لازم را مبذول فرمایید.  **تاریخ و امضا دانشجو** | | |
| بدین وسیله گواهی می شود .......................روز استراحت پزشکی دانشجو به علت بیماری ....................................... مورد تایید است.  **تاریخ و مهرو امضا پزشک معتمد**  **آدرس: دکتر حسین بای، خیابان طالقانی شرقی- مجتمع دریا – طبقه سوم – واحد 9 تلفن: 2230488 - 0172** | | |
| با توجه به بررسی بعمل آمده از صورتجلسه امتحانی، نامبرده در امتحان فوق شرکت نکرده است. لذا حذف درس طبق گواهی استراحت و تایید پزشک معتمد موسسه بلامانع است.  **تاریخ و مهرو امضا مسئول امتحانات** | | |
| مراتب فوق در جلسه مورخ ............................................. شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد تایید واقع گردید واقع نگردید  **تاریخ و مهر و امضا مدیر آموزش** | | |
| مدیر آموزش، ضمن رعایت موارد قانونی، حذفدرس بالا به عنوان حذف پزشکی نامبرده در سیستم ثبت گردد.  **تاریخ و مهر و امضا معاون آموزش** | | |