

بسمه تعالی

فرم اظهار نظر پزشک معتمد



موسسه آموزش عالی خاوران
(فیردولتی - غیرانتفاعی)

تقاضای دانشجو:

احتراماً به استحضار می‌رساند اینجانب به شماره دانشجویی
دانشجوی رشته مقطع
با توجه به کسالتی که مدارک آن به پیوست تقدیم گردیده است توانایی حضور در جلسه امتحانات مشروح ذیل را نداشته ام لذا مستدعیت
پس از بررسی مدارک اظهار نظر فرمایید. ضمناً با آگاهی کامل از آیین نامه حذف پزشکی دروس انتخابی در تمامی مراحل تابع نظر شورای
محترم آموزشی بوده و هیچ اعتراضی نسبت به آن نخواهم داشت.

(۱) مورخ درس

(۲) مورخ درس

(۳) مورخ درس تاریخ و امضا دانشجو

معاونت محترم آموزشی:

احتراماً به استحضار می‌رساند اقدام جهت درس بلامانع می‌باشد. حسابداری

پزشک معتمد محترم موسسه:

شماره :

تاریخ:

باسلام نظر به درخواست پیوست آقا / خانم در جلسه مورخ
شورای آموزشی موسسه مستدعیت اظهار نظر فرمایید.

معاونت آموزشی

معاونت محترم آموزشی - با سلام احتراماً پس از بررسی انجام گرفته مراتب به شرح ذیل اعلام نظر می‌گردد :

(۱)

(۲)

(۳) امضا - تاریخ - مهر نظام پزشکی

تذکر؛ مدیر محترم آموزش:

با توجه نظر پزشک معتمد موسسه موضوع در جلسه مورخ شورای آموزشی مطرح و رای نهایی
به شرح ذیل اعلام گردید.

معاونت آموزشی

معاونت محترم اداری و مالی

با سلام - نظریه پزشک معتمد جناب آقا/ خانم دکتر طی نامه شماره: مورخ:
جهت درس واصل گردید، لذا خواهشمند است دستور به انجام اقدامات بعدی فرمایید.

معاونت آموزشی