

فرم اظهار نظر پزشک معتمد (دانشجویان تحصیلات تکمیلی)

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 تحصیلات تکمیلی بوده و هیچ اعتراضی نسبت به آن نخواهم داشت.

(۱) مورخ درس

(۲) مورخ درس

(۳) مورخ درس

(۴) مورخ درس

تاریخ و امضا دانشجو

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی:

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 تحصیلات تکمیلی موسسه مستدعیت اظهار نظر فرمایید.

مدیریت تحصیلات تکمیلی

مدیریت محترم تحصیلات تکمیلی - با سلام احتراماً پس از بررسی انجام گرفته مراتب به شرح ذیل اعلام نظر می‌گردد:

(۱)

(۲)

(۳)

امضا - تاریخ - مهر نظام پزشکی

(۴)

تذکره؛ مدیر محترم آموزش:

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

مدیریت تحصیلات تکمیلی

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.

مدیریت تحصیلات تکمیلی

