



مرکز بهداشت، درمان
دانشگاه رنجان

فرم مشخصات و مدارک پزشکی دانشجو جهت ارائه به کمیون پزشکی

مدارک مربوط به مربوط به آقای/خانم	دانشجوی دوره	مقطع	رشته
به شماره دانشجویی:	شماره تلفن همراه:		
<input type="checkbox"/> اصل گواهی بیماری	<input type="checkbox"/> اصل وکپی، اسناد بستری در بیمارستان		
<input type="checkbox"/> فیلم رادیولوژی-اسکن	<input type="checkbox"/> مدارک آزمایشگاه		
<input type="checkbox"/> گواهی تولد نوزاد(زایمان)	<input type="checkbox"/> مدارک غیره(توضیح:نسخه دارویی که ممهور به مهر داروخانه باشد)		
نامبرده مدارک مذکور و تقاضای خود به شرح زیر مربوط به نیمسال سال تحصیلی را در تاریخ به			
مرکز بهداشت و درمان دانشگاه تحویل داده است و یکی از موارد ذیل را درخواست دارد.			
<input type="checkbox"/> مرخصی تحصیلی	<input type="checkbox"/> حذف درس-دروس		
<input type="checkbox"/> امتحان مجدد	<input type="checkbox"/> غیره(توضیح داده شود).		

اسامی امتحانات که نامبرده به دلیل پزشکی در آن شرکت نکرده است

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	ساعت امتحان	نام استاد مربوطه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

تاریخ و امضاء دانشجو