



فرم گواهی پزشکی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی

مشخصات دانشجو:

اینجانب _____ به شماره دانشجویی _____ شبانه □ روزانه □ که _____ ساعت _____ صبح / عصر روز _____ تاریخ _____ در جلسه امتحان _____ درس _____ غیبت داشته ام. دلیل غیبت اینجانب _____ بوده و گواهی های لازم را ارائه می نمایم.

تاریخ و امضاء دانشجو

نظریه پزشک معالج: (با توجه به نظامنامه پزشکی)

نوع بیماری:

عادی () شدید () نیاز به بستری در بیمارستان ()

مدت استراحت: _____ شروع استراحت: _____

تاریخ و امضاء پزشک

توضیح پزشک معالج

نظریه پزشک معتمد (مرکز بهداشت دانشگاه)

نام و نام خانوادگی _____ مهر و امضاء _____

نظریه بازدیدکننده از اداره خدمات آموزشی دانشکده

اینجانب _____ طی اطلاع _____ در ساعت _____ روز _____ از دانشجو در _____

بازدید بعمل آوردم و صحت بیماری را گواهی می نمایم .

نمی نمایم

تاریخ وصول فرم گواهی توسط اداره خدمات آموزشی

نام دریافت کننده:

توضیح: این گواهی باید بدون هیچ گونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی بطور واضح و خوانا حداکثر ظرف مدت ۵ روز به

اداره خدمات آموزشی تحویل گردد، در غیر این صورت از درجه اعتبار ساقط است.

اداره خدمات آموزشی و دانشجویی

مهر و امضاء و تاریخ