دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی کاشان
دانشکده دندانپزشکی

**باسمه تعالی**

## فرم گزارش برگزاری کلاس فوق العاده دانشجویان رشته دندانپزشکی ورودی ......... نیمسال اول / دوم سالتحصیلی ..........

| نام درس | تعداد واحد | | عدم تشکیل کلاس | | فوق العاده | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | نظری | عملی | تاریخ | ساعت | تاریخ | ساعت |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |