



## فرم تأیید گواهی استعلاجی

اینجانب ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی به شماره دانشجویی ..... بدلیل بیماری .....  
که از تاریخ ..... لغایت ..... بوده ، قادر به حضور در جلسه امتحان نهایی درس ( درس) مندرج در  
جدول زیر نبوده ام . ضمناً به پیوست گواهی پزشکی و دیگر مدارک مربوط ( از قبیل نسخ پزشک معالج ، آزمایش  
، عکس و ..... ) که به تأیید پزشک معتمد دانشگاه رسیده است ارائه می گردد.

ردیف	نام درس	شماره درس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان	نام استاد درس

این تقاضا به منظور حذف پزشکی درس ( درس ) فوق ارائه گردیده و چنانچه خلاف واقع باشد  
مسئولت آن را خواهم پذیرفت .

تاریخ و امضاء دانشجو

\*\*\*\*\*

**نظر استاد راهنمای دانشجو :**

تاریخ و امضاء استاد راهنما

\*\*\*\*\*

**مدیر محترم اداره کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**

با سلام و احترام

نظر به اینکه نامبرده در امتحان پایان ترم ، نیمسال اول / دوم سالتحصیلی ..... طبق  
جدول فوق غایب بوده و باتوجه به گواهی پیوست و تأیید پزشک معتمد دانشگاه در شورای آموزشی  
دانشکده مورخ ..... مطرح و غیبت نامبرده موجه  غیر موجه  اعلام گردید .

معاون آموزشی دانشکده

امضاء