

بسمه تعالی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

وزارت علوم تحقیقات و فناوری
مرکز آموزش عالی رجاء قزوین

برگه معاینات پزشکی

معافیت از فعالیت در کلاس های تربیت بدنی مجوز غیبت در جلسه امتحان حذف ترم سایر

شماره دانشجویی : نام و نام خانوادگی : مقطع و رشته :
آدرس و تلفن :

درخواست دانشجو

با سلام احتراماً به پیوست برگه از مستندات پزشکی اینجانب جهت :
ارائه می شود . خواهشمند است دستور فرمایید بررسی و اقدامات لازم انجام گیرد.

امضا دانشجو تاریخ

نظر پزشک معتمد دانشگاه

مدارک پزشکی ارائه شده مورد تایید می باشد مورد تایید نمی باشد.

مهر و امضا پزشک معتمد

مدیر آموزش

مدیر گروه

گزارش اقدامات انجام شده:

ثبت کامپیوتر

کارشناس رشته