

فرم کمیسیون پزشکی دانشجویان

تکمیل توسط دانشجو

نام و نام خانوادگی رشته تحصیلی شماره دانشجویی موبایل
شرح بیماری و سوابق بیماری:

امضاء دانشجو

تکمیل توسط آموزش دانشکده/ بیمارستان

دلیل مکاتبه:
تعداد دفعات و دلیل درخواست مشابه قبلی:
تأیید پیوست مستندات مربوط به بیماری (استعلاجی پزشک، نسخه دارویی، نسخه ممهور داروخانه و)
محل مهر/ امضاء آموزش دانشکده

تکمیل توسط دبیر کمیسیون

خلاصه وضعیت بیماری:

درخواست:

نظر پزشک

نتیجه کمیسیون پزشکی

رئیس کمیسیون پزشکی

پزشک معتمد کمیسیون پزشکی

دبیر کمیسیون پزشکی