



تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم درخواست بررسی پرونده پزشکی دانشجو توسط پزشک دانشگاه

این قسمت توسط دانشجو تکمیل گردد.

اینجانب به شماره دانشجویی دانشجوی مقطع رشته دانشکده که تاکنون تعداد واحد با معدل کل گذرانده ام و مشکل پزشکی دارم، درخواست دارم پرونده پزشکی اینجانب که شامل موارد پیوست به شرح ذیل می باشد، توسط پزشک دانشگاه مورد بررسی قرار بگیرد.
 ۱- ۲- ۳- ۴-
 نام و امضاء دانشجو: تاریخ: / / ۱۳.....

تایید اولیه مدیر امور آموزشی دانشگاه

جناب آقای / سرکار خانم پزشک محترم دانشگاه
 با سلام،
 احتراماً، بدینوسیله مدارک پزشکی دانشجوی فوق به حضور ارسال می گردد. خواهشمند است در خصوص مشکل نامبرده نظر خود را در ذیل اعلام فرمایید. قبلاً از بذل عنایت و توجه حضرتعالی کمال تشکر و سپاسگزاری را می نمایم.
 با آرزوی توفیق الهی
 نام و امضاء مدیر امور آموزشی دانشگاه: تاریخ: / / ۱۳.....

نظریه پزشک

وجود بیماری خاص
 تاریخ احتمالی شروع بیماری:

عدم امکان درمان در شهرستان قاین
 توضیحات:

وجود بیماری صعب العلاج یا لاعلاج
 تاریخ احتمالی شروع بیماری:

سایر موارد:

توضیحات:

نام، امضاء و مهر پزشک: تاریخ: / / ۱۳.....