

بسمه تعالی



شماره:

تاریخ:

معرفی نامه مرخصی پزشکی

فرم پیوست شماره

پردیس / مرکز آموزش عالی.....

جناب آقای دکتر

پزشک معتمد دانشگاه فرهنگیان

باسلام و احترام؛

بدینوسیله دانشجو -معلم خانم / آقای..... فرزند..... به شماره دانشجویی..... از پردیس/مرکز آموزش عالی..... جهت معاینه و بررسی مدارک پیوست و ضرورت یا عدم ضرورت استفاده نامبرده از مرخصی پزشکی معرفی می گردد.

مستدعی است مطابق فرم ذیل ،اعلام نظر فرمائید.

مهر و امضا

رئیس پردیس/مرکز آموزش عالی

ریاست محترم پردیس/مرکز آموزش عالی.....

باسلام و احترام ؛

در پاسخ به نامه شماره..... مورخ..... در خصوص دانشجو -معلم آقای/خانم..... بعد از انجام معاینات و بررسی های لازم ،ضرورت استفاده نامبرده از مرخصی پزشکی برای نیمسال اول / دوم سال تحصیلی/.....مورد تأیید

می باشد ☐ نمی باشد ☐

مهر و امضا

پزشک معتمد

معاونت محترم آموزشی - پژوهشی

باسلام

باتوجه به تأیید پزشک معتمد در مورد دانشجو-معلم آقای/ خانم.....مرخصی پزشکی ایشان بر اساس تبصره ماده ۲۱ آیین نامه آموزشی برای نیمسال اول / دوم سال تحصیلی/..... بدون احتساب در سنوات منظور گردد.

مهر و امضا

رئیس پردیس / مرکز آموزش عالی