



دانشگاه خوارزمی
دانشکده حقوق و علوم سیاسی

بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

* درخواست حذف پزشکی *

ریاست محترم دانشکده

بدینوسیله درخواست شماره مورخ برادر/ خواهر
دانشجوی رشته به شماره دانشجویی
ارسال می شود. خواهشمند است با عنایت به ماده آیین نامه آموزشی مصوب دستور اقدام لازم را صادر فرمایید.

نام درس	شماره درس	کد گروه	نام استاد	تاریخ امتحان	وقت امتحان

مدیر گروه آموزشی

نام و نام خانوادگی

تاریخ

شماره

• تأیید رئیس اداره آموزش دانشکده مبنی بر عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان در تاریخ ذکر شده:

مدیرکل محترم خدمات آموزشی

مندرجات فوق مورد تایید است
مندرجات فوق مورد تایید نیست

تاریخ

شماره

خواهشمند است دستور اقدام لازم را صادر فرمائید.

معاون آموزشی دانشکده

نام و نام خانوادگی

دانشکده

اداره

مورد تایید است. تاریخ :

مورد تایید نیست. شماره :

مندرجات فوق براساس

مندرجات فوق براساس

اقدام لازم بعمل آید.

مدیرکل خدمات آموزشی