

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

### فرم درخواست بررسی پرونده پزشکی دانشجوی 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 دانشجویی دانشگاه

جناب آقای / سرکار خانم ..... پزشک محترم دانشگاه

با سلام،

احتراما، بدینوسیله مدارک پزشکی دانشجویی فوق به حضور ارسال می گردد. خواهشمند است در خصوص مشکل نامبرده نظر خود را در ذیل اعلام

فرمایید. قبلا از بذل عنایت و توجه حضرتعالی کمال تشکر و سپاسگزاری را می نماید.

با آرزوی توفیق الهی

نام و امضاء مدیر امور دانشجویی 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: .....

توضیحات: .....

سایر موارد: .....

توضیحات: .....

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