مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول

معاونت آموزشی پژوهشی

فرم درخواست مرخصی دانشجویان پزشکی اینترن

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

بخش:

نوع مرخصی: استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ تشویقی ☐

مدت مرخصی:.....روز از تاریخ .....لغایت .....

نام و نام خانوادگی جایگزین: تاریخ درخواست:

مهرو امضاء: مهرو امضا:

اظهار نظر هیئت علمی/ پزشک: موافقت می‌شود ☐ موافقت نمی‌شود ☐

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

اظهار نظر مدیر گروه: موافقت می‌شود ☐ موافقت نمی‌شود ☐

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول

معاونت آموزشی پژوهشی

فرم درخواست مرخصی دانشجویان پزشکی اینترن

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

بخش:

نوع مرخصی: استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ تشویقی ☐

مدت مرخصی:.....روز از تاریخ .....لغایت .....

نام و نام خانوادگی جایگزین: تاریخ درخواست:

مهرو امضاء: مهرو امضا:

اظهار نظر هیئت علمی/ پزشک: موافقت می‌شود ☐ موافقت نمی‌شود ☐

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

اظهار نظر مدیر گروه: موافقت می‌شود ☐ موافقت نمی‌شود ☐

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء: