

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول

معاونت آموزشی پژوهشی

فرم تایید غیبت دانشجویان پزشکی استاژر

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

بخش:

نوع غیبت: موجه غیرموجه

مدت غیبت:روز از تاریخ لغایت

دلیل غیبت:

نام و نام خانوادگی جایگزین:

تاریخ درخواست:

مهر و امضاء:

مهر و امضاء:

اظهاری نظر هیئت علمی/ پزشک: موافقت می شود موافقت نمی شود

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

اظهاری نظر مدیر گروه: موافقت می شود موافقت نمی شود

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول

معاونت آموزشی پژوهشی

فرم تایید غیبت دانشجویان پزشکی استاژر

نام و نام خانوادگی دانشجو:

شماره دانشجویی:

بخش:

نوع غیبت: موجه غیرموجه

مدت غیبت:روز از تاریخ لغایت

دلیل غیبت:

نام و نام خانوادگی جایگزین:

تاریخ درخواست:

مهر و امضاء:

مهر و امضاء:

اظهاری نظر هیئت علمی/ پزشک: موافقت می شود موافقت نمی شود

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء:

اظهاری نظر مدیر گروه: موافقت می شود موافقت نمی شود

علت عدم موافقت:

تاریخ:

مهر و امضاء: