فرم معرفی به پزشک معتمد

مرکز آموزش عالی محلات

مشخصات دانشجو

مدیر محترم امور آموزشی

با سلام و احترام

اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... به شماره دانشجویی..... متقاضی ..... در نیمسال ..... سال تحصیلی ..... می‌باشم. خواهشمندم با توجه به مدارک ضمیمه مساعدت فرمایید.

توضیحات:

تلفن ضروری: امضا و تاریخ

نظر پزشک معتمد

مدیر محترم امور آموزشی

به استحضار می‌رساند:

□ گواهی/مدارک پزشکی نامبرده مورد تایید می‌باشد. □ مدارک ناقص است.

□ گواهی/مدارک پزشکی نامبرده مورد تایید نمی‌باشد. مدارک مورد نیاز جهت بررسی بیشتر: .....

توضییحات ضروری پزشک معتمد دانشگاه:

امضا و تاریخ