** بسمه تعالی**

**شماره :**

**معرفی نامه مرخصی پزشکی تاريخ :**

**پرديس / مركز آموزش عالي............ فرم پیوست شماره6**

**جناب آقای دکتر ...........................**

**پزشك معتمد دانشگاه فرهنگيان**

**باسلام و احترام؛**

**بدینوسیله دانشجو -معلم خانم / آقای ................................... فرزند ........................ به شماره دانشجویی....................................از پردیس/مرکز آموزش عالی.......................................... جهت معاینه و بررسی مدارک پیوست و ضرورت يا عدم ضرورت استفاده نامبرده از مرخصي پزشكي معرفی می گردد.**

**مستدعی است مطابق فرم ذیل ،اعلام نظر فرمائید.**

**مهر و امضا**

**رئیس پردیس/مرکز آموزش عالی**

**......................................................................................................................................................................................................................................**

**ریاست محترم پردیس/مرکز آموزش عالی............................................**

**باسلام و احترام ؛**

**در پاسخ به نامه شماره .............................مورخ................................. در خصوص دانشجو –معلم آقای/خانم...................................بعد از انجام معاینات و بررسی های لازم ،ضرورت استفاده نامبرده از مرخصي پزشكي براي نيمسال اول / دوم سال تحصيلي ........./.........مورد تأييد**

**می باشد نمی باشد**

**مهر وامضا**

**پزشك معتمد**

**......................................................................................................................................................................................................................................**

**معاونت محترم آموزشی - پژوهشي**

**باسلام**

**باتوجه به تأیید پزشک معتمد در مورد دانشجو-معلم آقای/ خانم..........................................مرخصي پزشكي ایشان بر اساس تبصره 3 ماده 21 آيین نامه آموزشی براي نيمسال اول / دوم سال تحصيلي ........./......... بدون احتساب در سنوات منظور گردد.**

**مهر و امضا**

**رييس پرديس / مركز آموزش عالي**