



دانشکده علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

فرم اعتراض به نمره

احتراما اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی
به نمره (بالحروف) (اخذ شده در درس اعتراض دارم.
باتوجه به اعلام نمرات در تاریخ / / خواشمند است اقدام مقتضی صورت گیرد.
امضای دانشجو
تاریخ

استاد محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر

احتراما درخواست دانشجوی نامبرده با تایید تاریخ اعلام نمره جهت اعلام نظر ارسال میگردد. خواهشمند است حداکثر در بازه زمانی سه روزه کاری، نظر خود را به واحد آموزش دانشکده اعلام فرمایید.

کارشناس آموزش دانشکده

آموزش محترم دانشکده علوم پزشکی اسدآباد

برگه امتحانی دانشجو مجددا بررسی گردید:

1. تغییری در نمره ایجاد نگردید و نمره قبلی تایید میگردد.
2. پس از تجدید نظر، نمره ایشان (بالحروف) (تغییر یابد.
(علت تغییر نمره ذکر گردد):

امضای استاد

تاریخ