

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل



معاونت آموزشی

نیمسال: اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱

فرم حذف تک درس

دانشکده

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی:

دوره: روزانه/شبانه

قطع:

رشته تحصیلی:

تعداد واحد	نام درس	کد درس

ریاست / معاونت آموزشی

استاد راهنما

نظریه استاد درس

دانشجو

نام و نام خانوادگی و امضاء

دانشجو