دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی – درمانی
قزوین

مرکز آموزشی درمانی مستقل ولایت

معاونت آموزشی

EDU

فرم اعتراض به نمره

نام و نام خانوادگی : شماره دانشجویی: رشته و مقطع تحصیلی:

نیمسال: سال تحصیلی: نام درس:

نام استاد : تاریخ اعلام نمره : نمره فعلی دانشجو:

امضای دانشجو

مدیر محترم گروه .... احتراماً ,درخواست آقا / خانم .....مبنی بر تجدید نظر در نمره امتحان درس .....جهت استحضار و اقدام حداکثر تا یک هفته از تاریخ این نامه حضورتان ایفاد می گردد.

معاون آموزشی مرکز

نتیجه بررسی درخواست

مستندات ارزشیابی بالینی خانم / آقای .....مورد بررسی قرار گرفت .

نتیجه بررسی :

تغییری در نمره ایجاد نگردید.

نمره نهایی از .....به .....تغییر داده شد.

امضای استاد **امضای مدیر گروه**

نظر معاون آموزشی مرکز :