



دانشگاه شاهرود
دانشکده پزشکی
معاونت آموزشی
فرم اعتراض به نمره

احتراماً اینجانب

دانشجوی رشته

به شماره دانشجویی

به نمره

(با حروف

) اخذ شده در درس

اعتراض دارم.

با توجه به اعلام نمرات در تاریخ

/ /

خواهشمند است اقدام مقتضی صورت گیرد.

امضای دانشجو

تاریخ

استاد محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر

احتراماً درخواست دانشجوی نامبرده با تأیید تاریخ اعلام نمره جهت اعلام نظر ارسال می گردد. خواهشمند است حداکثر در بازه زمانی سه روز کاری، نظر خود را به واحد آموزش دانشکده اعلام فرمایید.

کارشناس آموزش دانشکده

آموزش محترم دانشکده پزشکی

برگه امتحانی دانشجو مجدداً بررسی گردید:

۱. تغییری در نمره ایجاد نگردید و نمره قبلی تأیید می گردد.

۲. پس از تجدید نظر، نمره ایشان به (با حروف

) تغییر می یابد.

(علت تغییر نمره ذکر گردد):

امضای استاد

تاریخ