



E
D
C Educational Development Center

بسمه‌ای تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

معاونت آموزشی

مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی

دفتر مطالعات و توسعه‌ی دانشکده پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

فرم اعتراض به نمرات میان ترم و پایان ترم

اینجانب:

با شماره دانشجویی:

در آزمون میان ترم پایان ترم

مورخ:

درس:

مدرس:

شرکت نموده و با نمره دریافتی:

خواستار تجدیدنظر در نتایج آزمون می باشم.

تاریخ و امضاء:

پاسخ به اعتراض:

نمره دریافتی:

نمره جدید:

اعتراض وارد نیست

تاریخ و امضاء: