



بسمه تعالی

## فرم اعتراض به نتیجه آزمون صلاحیت بالینی

### ریاست محترم آموزش

با سلام و احترام؛ اینجانب ..... دانشجوی مقطع کارورزی/دانش آموخته به شماره دانشجویی ..... و کارت ملی ..... در آزمون صلاحیت بالینی مورخ ..... شرکت نموده و خواستار تجدید نظر در نتایج ایستگاه ..... می باشم.

تاریخ و امضاء دانشجو

---

### ریاست محترم مرکز مهارت های بالینی

با سلام، با عنایت به درخواست دانشجوی فوق الذکر مبنی بر بررسی مجدد نتیجه آزمون صلاحیت بالینی، خواهشمند است طبق مقررات اقدام شود.

تاریخ و امضاء رئیس آموزش

---

### کارشناس مسئول آزمون

با سلام، احتراماً؛ پیرو درخواست دانشجو .....، باستحضار می رساند نتیجه آزمون ایشان مجدداً بررسی و به دلیل ..... نتیجه آزمون از ..... به ..... تغییر می یابد/ تغییر نمی یابد.

تاریخ و امضاء رئیس مرکز مهارت های بالینی