

فرم تأییدیه معاینات پزشکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد

تاریخ: .....

از : دانشگاه علوم پزشکی استان .....

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی .....

شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....

مرکز جامع سلامت شهری / روستایی .....

به : معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

بدینوسیله گواهی می گردد آقای / خانم ..... فرزند  
..... محل تولد .....

دارای کد ملی ..... دانشجوی رشته .....  
در تاریخ .....

به این مرکز مراجعه و تحت انجام معاینات غربالگری و پزشکی قرار گرفته و نتایج حاصله از معاینات در سامانه  
سیب نیز ثبت گردیده است.

دانشجو از نظر معاینات پزشکی: سالم تشخیص داده شده است  دارای اختلال تشخیص داده شده است

نوع اختلال: .....

دانشجو نیاز به ارجاع و پیگیری: ندارد  دارد

دانشجو از نظر فعالیت بدنی: بدون محدودیت  دارای محدودیت

نشانی محل سکونت:

.....  
.....

تلفن ثابت (محل سکونت): ..... تلفن همراه: .....

.....

مهر و امضاء پزشک

مهر مرکز جامع سلامت  
مرکز جامع سلامت