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 مرکز جامع سلامت **مهر و امضاء پزشک مرکزجامع سلامت**