

فرم تأییدیه معاینات پزشکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد

دانشگاه علوم پزشکی استان

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

از: مرکز جامع سلامت شهری / روستایی

به: معاونت دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

بدینوسیله گواهی می گردد آقای / خانم فرزند محل تولد

دارای کد ملی دانشجوی رشته در تاریخ به این مرکز مراجعه و مورد

انجام معاینات غربالگری و پزشکی قرار گرفته و نتایج حاصله از معاینات در سامانه سیب نیز ثبت و درج گردیده است .

دانشجو از نظر معاینات پزشکی : سالم تشخیص داده شد ☐ دارای اختلال تشخیص داده شد ☐

نوع اختلال :

نیاز به ارجاع و پیگیری : دارد ☐ ندارد ☐

دانشجو از نظر فعالیت بدنی: بدون محدودیت ☐ دارای محدودیت می باشد ☐

آدرس محل سکونت: تلفن محل سکونت:

تلفن همراه:

مهر و امضاء پزشک مرکز جامع سلامت

مهر مرکز جامع سلامت