فرم تاییدیه معاینات پزشکی دانشجویان دانشگاه های استان لرستان

تاریخ.....:

از: دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی.....

شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....

مرکز جامع سلامت شهری / روستایی.....

به: معاونت دانشجویی دانشگاه / دانشکده
.....

بدینوسیله آقای/خانم ..... فرزند ..... محل تولد.....

دارای کد ملی ..... دانشجو رشته ..... در تاریخ.....

به این مرکز مراجعه وتحت انجام معاینات غربالگری و پزشکی قرار گرفت نتایج حاصله از معاینات در سامانه سیب 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 وپیگیری: ندارد □ دارد □

دانشجو از نظر فعالیت بدنی: بدون محدودیت □ دارای محدودیت □

نشانی محل سکونت/ خوابگاه:

.....

تلفن ثابت(محل سکونت).....
.....

تلفن همراه.....

مهر مرکز خدمات جامع سلامت
مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت