

**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 می‌گردد 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 مرکز جامع سلامت

مهر مرکز جامع سلامت