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**