

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 دانشجوی رشته در تاریخ

به این مرکز مراجعه و تحت 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 و پیگیری : ندارد ☐ دارد ☐

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

نشانی محل سکونت/ خوابگاه:

.....

تلفن ثابت (محل سکونت).....

تلفن همراه.....

مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

مهر مرکز خدمات جامع سلامت