



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