



## 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