

بسمه تعالی

فرم ثبت معاینات دانشجویان جدیدالورود پزشکی و پیراپزشکی و تحصیلات تکمیلی

سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه

با سلام و احترام؛

دانشجو خانم/ آقا ..... به کد ملی ..... پذیرفته شده در رشته ..... ساکن استان

..... شهر / روستا ..... به مرکز خدمات جامع سلامت ..... / پایگاه

سلامت ..... / خانه بهداشت ..... برای انجام مراقبت دوره ای پزشک و غیر پزشک گروه سنی

جوان (۲۹-۱۸) سال مراجعه نموده اند.

کلیه خدمات مراقبتی و تشخیصی انجام گرفته و در سامانه سیب ثبت گردید.

نامبرده دارای اختلال ..... و تحت نظر پزشک متخصص ..... می باشد

نمی باشد

مهر و امضا (مراقب سلامت/بهورز)

مهر و امضا پزشک