



فرم معاینه پزشکی دانشجویان جدیدالورود سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

با سلام و احترام

دانشجو خانم/ آقا برای انجام مراقبت دوره ای پزشک و غیرپزشک گروه سنی جوان (۱۸-۲۹) سال
مراجعه نموده اند.

نام و نام خانوادگی: کدملی رشته قبولی ساکن استان
..... شهر/ روستا

محل مراقبت: مرکز خدمات جامع سلامت خانه بهداشت پایگاه
سلامت.....

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

نامبرده دارای اختلال و تحت نظر پزشک متخصص می باشد

نمی باشد

مهر و امضا پزشک

مهر و امضا (مراقب سلامت/بهورز)

*توجه: انجام مراقبت ها و معاینات در مراکز خدمات جامع سلامت دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور قابل
اتجام و الزامی است.