



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

معاونت فرهنگی و امور دانشجویی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت

با سلام و احترام، بدینوسیله آقای/خانم بومی غیربومی ، دانشجوی رشته جهت ثبت نام و تکمیل پرونده سلامت حضورتان معرفی می شوند.

خانم حیدری

مدیر دانشجویی

مدیر محترم دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی قم

با سلام، احتراماً گواهی می شود آقای/خانم دانشجوی رشته به شماره دانشجویی و شماره ملی در تاریخ جهت ثبت نام و تکمیل پرونده سلامت خود به مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت مراجعه نموده و از نظر سلامتی:

سالم

نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	معاینات تکمیلی تخصصی
نیاز به پیگیری	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	نتیجه پیگیری
نیاز به آزمایش های تکمیلی	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	نتیجه آزمایش های تکمیلی
نیاز به ارجاع	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	نتیجه ارجاع

توصیه های پزشک عمومی:

.....
.....
.....

مهر و امضای پزشک

تاریخ:

مهر و امضای مرکز

تاریخ: