فرم الف-۲

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی

شماره

تاریخ:

پیوست

فرم معاینات پزشکی دانشجویان علوم پزشکی زابل

به: **پزشک معتمد دانشگاه علوم پزشکی زابل**

از : آموزش کل دانشگاه علوم پزشکی زابل

موضوع :معرفی دانشجو

احتراماً ، به پیوست یک نسخه فرم معاینات پزشکی آقای /خانم

فرزند تاریخ تولد / / ۱۳ کد ملی

دانشجوی رشته ارسال می گردد، خواهشمند است دستور فرمایند

نتیجه را به این مدیریت اعلام نمایند. قبلاً از همکاری که در این زمینه مبذول خواهید داشت تشکر می نماید.

دکتر جعفر پودینه

مدیر امور آموزشی دانشگاه

آدرس محل سکونت دانشجو:

محل الصاق عکس ومهر دانشگاه

به :ریاست محترم آزمایشگاه

موضوع :معرفی دانشجو جهت آزمایش

آقای /خانم صاحب عکس فوق جهت تکمیل پرونده دانشجویی نیازمند انجام آزمایشات ذیل می باشد.(لطفاً نتیجه را کتباً اعلام فرمایید)

۱- اعتیاد (مواد مخدر) ۲- هپاتیت

CBC-۳

نظریه پزشک معتمد در مورد شرایط عمومی دانشجو