بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی

فرم تاییدیه سلامت جسمانی پذیرفته شدگان سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵

نام و نام خانوادگی: کدملی : تاریخ تولد:

رشته تحصیلی: مقطع:

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس ثابت: تلفن همراه:

امضاء:

شرایط جسمانی

(پذیرفته شده گرامی در این قسمت چیزی ننویسید)

شرح	بلی	خیر	مهر و امضاء
آیا فرد از سلامت جسمانی برخوردار می باشد؟ در غیر این صورت نوع نقص عضو ذکر شود.			