بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی

فرم تاییدیه سلامت روان 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:

(پذیرفته شده گرامی در این قسمت چیزی ننویسید)

شرح	بلی	خیر	مهر و امضاء
آیا فرد از سلامت روانی مورد تایید اداره مشاوره دانشگاه برخوردار می باشد؟ قبل از مراجعه به ادراه مشاوره دانشگاه باورود به سامانه **https://ccsm.behdasht.gov.ir** نسبت به تکمیل پرسشنامه غربالگری سلامت روان اقدام نمایید.)			