

فرم معرفی دانشجویان / طلاب به خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت
جهت انجام معاینات جوانان گروه سنی ۱۸-۲۹ سال و ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)

گواهی می شود دانشجو/ طلبه به نام..... با کد ملی.....

نام دانشگاه/حوزه علمیه مورد ارزیابی بهداشتی و پزشکی قرار گرفت.

نتیجه ارزیابی:

سالم است ☐ اختلال دارد(نوع اختلال ذکر شود).....

تاریخ.....

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

مهر و امضای بهورز/ مراقب سلامت