



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

معاونت آموزشی

فرم الف-۲

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، خواهشمند است دستور فرمایند نتیجه آنرا به

این مدیریت اعلام دارند، قبلاً از همکاری که در این زمینه مبذول خواهید داشت تشکر می نماید.

آرزو عزیزی

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی 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

۳- وی-دی-آر-ال ۴- CBC

نظریه پزشک معتمد در مورد شرایط عمومی دانشجو