

فرم معاینه دانشجوی جدیدالورود دانشگاه های علوم پزشکی
سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

معاونت بهداشت

مسئول محترم مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستائی :

با سلام و احترام

دانشجو خانم / آقای برای انجام مراقبت دوره ای پزشک و غیرپزشک گروه سنی جوان (۱۸-۲۹ سال)

معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی : کد ملی رشته قبولی ساکن

استان شهر / روستا به مرکز جامع خدمات سلامت خانه

بهداشت پایگاه سلامت مراجعه نمودم.

مهر و امضاء پزشک مرکز

مهر و امضاء (بهورز / مراقب سلامت)