

باسم تعالی

تاریخ تکمیل.....:

فرم شماره ۷
فرم معاینات پزشکی

اینجانب فرزند متولد..... شماره شناسنامه.....

پذیرفته شده در رشته..... مقطع..... دوره □ روزانه □ پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

با اطلاع از کلیه مقررات اعلام شده در خصوص وضعیت جسمانی برای پذیرش در رشته فوق در دفترچه آزمون سراسری سال ۱۳۹۸ تعهد می نمایم کلیه شرایط عمومی و اختصاصی مربوطه را از لحاظ وضعیت جسمانی دارا می باشم و دانشگاه اجازه دارد در صورت عدم صحت مراتب فوق در هر مقطعی از تحصیل که باشم از ادامه تحصیل اینجانب طبق مقررات جلوگیری بعمل آورد.

تاریخ

امضاء دانشجو

محل گواهی پزشک عمومی

احتراما" گواهی میشود از نامبرده معاینه بعمل آمد و موارد ذیل برای اطلاع آن دانشگاه اعلام میشود.

علائم میاتی: H= W= PR= BP= RR=

سابقه بیماری

.....
.....

معلولیت(لطفا نوع معلولیت قید شود) □ دارد □ ندارد □ معلولیت: □ شنوایی و گوش □ بینائی □ اندامها

امضاء و مهر پزشک
تاریخ معاینه:

شماره نظام پزشکی:

شهر معاینه:

توجه: پزشک محترم ضمن تشکر لطفا" این فرم سر بسته و مهر شده تحویل پذیرفته شده گردد.

B=Blood pressure
RR=Respiratory rate
PR=Pulse rate
W=weight
H=height