

فرم گواهی ثبت معاینات دانشجویی در سامانه الکترونیک سلامت (سیب)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت:

نام و نام خانوادگی دانشجو: کد ملی:

گواهی می شود معاینات و مراقبت های گروه سنی نامبرده انجام شده و در سامانه الکترونیک سلامت ثبت گردیده است.

امضای مراقب سلامت و مهر پایگاه سلامت: مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت: