**بسمه تعالی**

**فرم معاینات پزشکی**

بدینوسیله گواهی می شود:

خانم / آقای .................................. دانشجوی رشته ........................................... ورودی ................ متولد ..................... به شماره ملی............................. دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت در خصوص وضعیت جسمانی و سلامتی مورد بررسی قرار گرفت.

مهر و امضاء پزشک مرکز

مرکزبهداشتی درمانی:

تاریخ مراجعه: