**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: