



**فرم معرفی دانشجویان به خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت  
جهت انجام معاینات جوانان گروه سنی ۱۸-۲۹ سال و ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)**

گواهی می شود دانشجو به نام..... با کد ملی.....

نام دانشگاه ..... مورد ارزیابی بهداشتی و پزشکی قرار گرفت.

نتیجه ارزیابی:

سالم است  اختلال دارد(نوع اختلال ذکر شود).....

تاریخ.....

مهر و امضای بهورز/مراقب سلامت

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت