



**دانشجوی عزیز:** ضمن عرض تبریک موفقیت شما در ورود به دانشگاه خواهشمنداست جهت انجام معاینات و مراقبت های خود به پزشک خانواده و در صورت نداشتن پزشک خانواده به مراکز جامع سلامت شهری و یا روستایی محل سکونت خود مراجعه نموده و مراقبت های مربوطه خود را از مراقب سلامت و پزشک دریافت نمایید سپس فرم گواهی را هنگام ثبت نام بارگذاری نمایید.

**پزشک محترم /مراقب سلامت:** خواهشمند است بر اساس راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت، خدمات پزشک /غیر پزشک انجام و در سامانه الکترونیک سیب ثبت گردد.

با سپاس

نام و نام خانوادگی: کدملی: رشته تحصیلی: تاریخ تولد:

گواهی می شود خواهر /برادر ..... در تاریخ / / جهت ارزیابی سلامت جوانان به پزشک خانواده خود /مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه نموده است . و

خدمات مربوطه را مطابق بسته خدمتی جوانان (راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای جوانان) دریافت نموده است.

نام و نام خانوادگی پزشک: مهر و امضا:

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت : مهر و امضاء: