

فرم کمیسیون پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

از:

به: شورای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

موضوع درخواست: بررسی استراحت پزشکی (استعلاجی) بررسی از کارافتادگی بررسی صعب‌العلاج بودن
استخدامی طول درمان اتباع خارجی سایر موارد

بیمار کارمند: رسمی یا رسمی آزمایشی طرحی پیمانی قراردادی شرکتی سایر

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:

کد ملی: شغل: نوع بیمه:

نشانی محل سکونت:

تلفن منزل: تلفن همراه:

نوع درخواست: مهر و امضای کارگزینی

آیا در کمیسیون پزشکی سابقه ای دارید؟ بلی خیر

نظریه شورای پزشکی

گواهی صادره توسط آقای / خانم دکتر در خصوص آقای / خانم در شورای پزشکی مورخ مطرح و به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

مورد تایید می‌باشد مورد تایید نمی‌باشد نیاز به مدارک بیشتر دارد

.....
.....
.....
.....
.....

امضاء پزشک شورا

امضاء پزشک شورا

امضاء پزشک شورا

امضاء دبیر شورا