**فرم گواهي سلامت**

**احتراما، به استحضار مي رساند خانم / آقاي . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
دانشجوي رشته . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . به شماره دانشجويي . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . دانشکده . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . در تاريخ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . مورد معاينه قرار گرفت.**

**همچنين نتايج معاینه وي به شرح ذيل مي باشد:**

**نتيجه پالس اکسي متر:**

**دماي بدن :**

**در حال حاضر با توجه به معاينه انجام شده ، دانشجوي فوق مبتلا به بيماري کوويد 19 نمي باشد.**

**توضيحات: در صورت نیاز به انجام آزمایشهای تکمیلی و انجام آن ، لطفا نتایج به پیوست گواهی ارسال گردد.**

**مهر و امضاء پزشک مرکز جامع سلامت**