



معاونت دانشجویی / اداره بهداشت و درمان

مرکز پزشکی، آموزشی، درمانی شهید مصطفی خمینی (ره)

### فرم گواهی استعلاجی دانشجویان، مربوط به زمان امتحانات

گواهی می شود خانم / آقای ..... در تاریخ.....

با تشخیص ..... به بیمارستان شهید مصطفی خمینی مراجعه نموده اند و

از تاریخ ..... لغایت ..... نیاز به استراحت در منزل دارند.

امضاء پزشک معالج

مهر و امضاء دفتر پرستاری

مهر نظام پزشکی

محل تایید نظارت بر درمان

\* توضیحات: دانشجویان گرامی جهت تایید معاونت درمان از ساعت ۷ صبح تا ۱۹ به دفتر ریاست بیمارستان و از ساعت ۱۹ لغایت ۷ صبح به دفتر پرستاری (سوپروایزر بیمارستان) مراجعه نمایند.