



اداره کل امور اتباع و مهاجرین خارجی وزارت کشور

شماره:

تاریخ:

بسمه تعالی

معرفی نامه سنجش سلامت و ایمن سازی گروه سنی ۵ تا ۲۰ سال

مرکز محترم خدمات جامع سلامت

با سلام

احتراما در اجرای ابلاغیه اداره کل محترم امور اتباع و مهاجرین خارجی آقا/خانم

دارای شماره متولد متقاضی تحصیل در واحد آموزشی جهت

سنجش سلامت و ایمن سازی معرفی می گردد

خواهش مند است پس از انجام آزمایشات و معاینه های مربوطه ، نسخه اول نتایج را در پاکت در بسته به ولی یا قیم

دانش آموز تحویل و نسخه دوم را ملصق به این معرفی نامه در مرکز بایگانی فرمایید. همچنین رسید ذیل این برگه

تکمیل، جدا و پس از مهر و امضا ضمیمه فرم معاینات شده و به ولی دانش آموز تحویل گردد

امضا

نشانی مرکز خدمات جامع سلامت :



بدینوسیله گواهی می شود معاینات تبعه خارجی

در مورخ در این مرکز انجام و فرم مربوطه طی شماره مورخ به آن دفتر ارسال میگردد

ناقص

کامل

نتیجه واکسیناسیون

مرکز خدمات جامع سلامت

تذکر ۱: جهت تکمیل واکسیناسیون (مرحله دوم) در تاریخ به مرکز بهداشت و درمان مراجعه شود

تذکر ۲: مهر و امضا مرکز خدمات جامع سلامت بر روی این گواهی الزامی است