



### فرم گواهی سلامت

احتراماً، به استحضار میرساند خانم/ آقا.....دانشجوی رشته.....  
به شماره دانشجویی.....دانشکده.....در تاریخ.....مورد  
معاینه قرار گرفت.

همچنین نتایج آزمایشات وی به شرح ذیل میباشد:

- با توجه به CBC انجام شده : لنفوپنی ندارد  دارد
- نتیجه CRP : منفی  مثبت

نتیجه پالس اکسی متر:

دمای بدن دانشجو:

در حال حاضر با توجه به معاینه انجام شده و نتایج آزمایشات ، دانشجوی  
فوق مبتلا به بیماری کووید ۱۹ نمیباشد.

توضیحات :

### مهر و امضاء پزشک مرکز جامع سلامت

- انجام آزمایشها ضروری می باشد.
- لطفاً نتایج آزمایشها ، پیوست فرم گواهی سلامت گردد.