**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس فرم شماره 7/2**

 **شورای پزشکی استان از: شماره: به: شورای پزشکی شهرستان: تاریخ :**

|  |
| --- |
| حئللل22.ودردردیب **موضوع درخواست: بررسی استراحت پزشکی  سایر موارد: ..........**  **توضیحات : .....................** **مشخصات:** **نام: نام خانوادگی: فرزند: *سال تولد:* شماره ملی: شماره تماس: شماره مستخدم آدرس :**  **سمت یا پست سازمانی: سنوات خدمت : مدت استفاده از استراحت پزشکی در سال گذشته :** **مدت استفاده از استراحت پزشکی از ابتدای سال جاری:** **اقدام کننده: نام و امضای رئیس** **شماره تماس اقدام کننده : مهر اداره یا سازمان مربوطه**  |
|  **نظریه شورای پزشکی : شماره:** **تاریخ:** **با سلام و احترام :** **در تاریخ آقا/ خانم معاینه شد و گواهی پزشک معالج نامبرده آقای /خانم‌ دکتر بررسی گردید. نظریه شورا به شرح زیر اعلام می شود:****مدت مرخصی نامبرده از تاریخ لغایت مورد تایید: می‌باشد نمی‌باشد اصلاح گردید نیاز به اسناد و معتبر دارد** **توضیحات :** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... **مهر و امضای پزشکان شورا:** 1. **2. 3.**

 **رئیس شورای پزشکی**  **مهر شورای پزشکی****توجه:اصل نظریه شورای پزشکی در یک برگ و تنها جهت اداره متبوع و درحیطه مورد درخواست آن اداره معتبر بوده و کپی آن بدون مهر برجسته شورا فاقد ارزش قانونی می باشد** |