**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** |