

(نمونه شماره ۴۲)

برگ معاینه اولیه مشمولان متقاضی اعزام به خدمت

این ستون توسط متصدیان بخش وظیفه عمومی تکمیل می گردد	این ستون بوسیله مشمول تکمیل می گردد								
<p>استان : شهرستان : درجه و نام خانوادگی اقدام کننده: <input type="checkbox"/> تایید</p>	<p><b>۱ - مشخصات</b></p> <table border="1"><tr><td>نام خانوادگی :</td><td>نام :</td></tr><tr><td>شماره شناسنامه :</td><td>نام پدر :</td></tr><tr><td>محل صدور شناسنامه :</td><td>تاریخ تولد : ۱۳ / /</td></tr><tr><td>کد ملی :</td><td>محل تولد :</td></tr></table> <p><b>۲ - نظریه پزشک :</b></p> <p>نام و نام خانوادگی پزشک : شماره نظام پزشکی :</p> <p>امضاء و مهر تاریخ :</p>	نام خانوادگی :	نام :	شماره شناسنامه :	نام پدر :	محل صدور شناسنامه :	تاریخ تولد : ۱۳ / /	کد ملی :	محل تولد :
نام خانوادگی :	نام :								
شماره شناسنامه :	نام پدر :								
محل صدور شناسنامه :	تاریخ تولد : ۱۳ / /								
کد ملی :	محل تولد :								
<p><input type="checkbox"/> تایید</p>	<p><b>۳ - تذکرات مهم :</b></p> <p>۳/۱ - پزشکان محترم از تایید برگ بدون عکس خوداری نموده و حتما عکس الصاقی مشمول بر روی برگ را با مهر دارای شماره نظام پزشکی ممهور فرمایند. ۳/۲ - هرگونه قلم خوردگی موجب ابطال گواهی است. ۳/۳ - برگی که عکس آن ممهور به مهر پزشک نباشد ، فاقد اعتبار است.</p> <p>نام و نام خانوادگی مشمول : تاریخ تکمیل برگ : ۱۳ / /</p> <p>امضاء</p>								