****

**بسمه تعالی**

**سال جهش تولید**

**وزارت آموزش و پرورش**

**معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع**

**شماره:**

**تاریخ:**

**پیوست:**

**نمون برگ شماره (4-ج)**

**عکس داوطلب**

**ممهور به مهر پزشک معاین**

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

**همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکارخانم دکتر ...........................................**

**بدین­وسیله صاحب عکس ممهورآقای/خانم .................................................... فرزند ....................................... به شماره ملی .............................................. جهت بررسی و معاینه و اظهارنظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد. لطفاً نتایج بررسی و اظهار نظر ، به صورت محرمانه گزارش گردد.**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**تاریخ ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:**

**همکار محترم جناب آقای /سرکار خانم دکتر ................................................**

**بدین وسیله آقای /خانم .............................. صاحب عکس ممهور فوق الذکر ، مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:**

**........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**تاریخ ، امضاء و مهر پزشک متخصص :**

**\*\*- مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر ، با پزشک تایید کننده این فرم می باشد.**