

مجموعه آئین نامه ها، مقررات اجرایی و فرمهای دوره های آموزشی کارگروه آموزش - پانزدهم ۱۳۹۰

شماره شناسه ۹۰-۱۰۱

محل الصاق
عکس

فرم ثبت نام و پذیرش
لطفا این فرم به خط خوانا تکمیل شود.

عنوان برنامه :
زمان : مکان :

نام و نام خانوادگی	نام پدر
شماره شناسنامه	تاریخ تولد
شماره کارت بیمه ورزشی سال جاری	استان/ هیئت
گروه خون	گروه / باشگاه
شغل	تحصیلات
کد ملی	ملیت
کد پستی	دین
نشانی منزل	مذهب
تلفن منزل	e-mail :
تلفن محل کار	
تلفن همراه	

برگ معاینات پزشکی

تذکر: لازم است تمامی سئوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است، اقدامات درمان را تحت الشعاع قرار داده و ایجاد خطر نماید.

بله خیر	بله خیر
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱- ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۲- بیماریهای ذهنی یا ضعف عصبی
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲- مشکلات چشمی یا گوشی، بیماری یا جراحی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۳- اعتیاد به دارو یا الکل
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۳- حملات گیج کننده، غش یا تشنج	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۴- جراحی یا توصیه شده به عمل
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۴- تریوکلوژیس، آسم، برونشیت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۵- مشکلات پوستی یا آلرژی
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۵- مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۶- حساسیت به دارو
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۶- فشار خون بالا یا پائین	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۷- حساسیت به گزیدن حشرات
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۷- آئمی- لوسمی یا اختلالات خونی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۸- حساسیت به گرد و غبار
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۸- دیابت، هپاتیت یا زردی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۹- استفاده از داروهای تجویز شده
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۹- زخم معده و دیگر مشکلات معده	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲۰- به صورت منظم بیماریهای استخوانی یا مفصلی، شکستگیها، در رفتگیها، مفاصل مصنوعی، آرتروز
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۰- مشکلات کلیه، مثانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲۱- H.I.V
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۱۱- فتق (پارگی)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲۲- آیا شما در حال درمان هستید؟

بیماریهای دیگر و ضایعاتی که در بالا از آنها نام برده نشده

اینجانب متقاضی شرکت در دوره ضمن تاکید بر صحت مطالب فوق مسئولیت ناشی از کلیه پیشامدهای ممکنه ناشی از حضور خود در دوره را میپذیرم.

نام و نام خانوادگی امضاء

شرکت آقای/خانم بلامانع است/ امکان پذیر نیست.
امضاء مسئول پذیرش

موفق باشید