



شماره: .....

از: .....

تاریخ: .....

به: شورای پزشکی استان

موضوع درخواست: بررسی استراحت پزشکی  بررسی از کار افتادگی  بررسی انتقالی یا تغییر شغل  سایر موارد: .....

توضیحات: .....

**مشخصات:**

محل الصاق  
عکس

نام: ..... نام خانوادگی: ..... فرزند: ..... سال تولد: ..... محل 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 مربوط

**نظریه شورای پزشکی:**

شماره: .....

تاریخ: .....

**با سلام و احترام:**

در تاریخ ..... آقا/ خانم ..... معاینه گردید، نظریه شورا به شرح زیر اعلام میشود:

مدت استراحت پزشکی نامبرده از تاریخ لغایت که توسط پزشک معالج ایشان خانم / آقای دکتر مورد تأیید:

می باشد  نمی باشد  اصلاح گردید  نیاز به اسناد معتبر دارد.

توضیحات: .....

.....

.....

مهر و امضای پزشکان شورا

رئیس شورای پزشکی

**\* موضوع درخواست باید بصورت واضح و روشن از جمله: درخواست بررسی استراحت پزشکی، از کارافتادگی، انتقال، و مانند آن باشد.**

**\* ماده ۲۱ آیین نامه مرخصی ها:** هر گاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع خود اطلاع دهد (در موارد کمتر از ده روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت، و در موارد ده روز و بیشتر در پایان روز یازدهم به رئیس اداره یا واحد مربوط برای ارجاع به کارگزینی ارسال دارد).

**\* ماده ۲۲ آیین نامه مرخصی ها:** کارگزینی مکلف است گواهی پزشکی معالج مستخدم را برای اظهار نظر پزشک معتمد ارسال دارد و در صورتی که گواهی پزشک مورد تأیید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.

**\* شورای پزشکی فقط در صورت درخواست کتبی سازمان یا اداره متبوع شخص بیمار میتواند در مورد بیماری اظهار نظر کند.**

**\* سازمان یا اداره متبوع لازم است فرم درخواست را به طور کامل و دقیق تکمیل نماید.** (از جمله مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و آخرین مرتبه مرخصی استعلاجی باید دقیقاً ذکر شود)، فرمهای ناقص در جلسه شورا مطرح نخواهد شد.

**\* مرخصی کمتر از ۲۱ روز توسط پزشک معتمد قابل تأیید میباشد.**

**\* برای هر درخواست نوبت معاینه در شورای تخصصی تعیین میگردد، در روز معاینه لازم است بیمار شخصا حضور یافته و مدارک پزشکی را همراه با شناسنامه ارائه نماید.**

**\* جهت طرح درخواست از کارافتادگی و همچنین بیماریهای صعب العلاج، خلاصه ای از سیر بیماری توسط پزشک معالج باید ضمیمه شود.**

**\* نظریه شورای پزشکی در یک برگ و در پاسخ به درخواست اداره متبوع و فقط جهت آن اداره معتبر است.**

**\* در خصوص جانبازان گرامی فقط کمیسیون پزشکی بنیاد مرجع تصمیم گیری میباشد.**

**\* نشانی شورای پزشکی استان: فلکه امام حسین(ع) ابتدای خیابان مشیر فاطمی جنب پاساژ صدیقی،**

ساختمان شماره ۲ علوم پزشکی طبقه اول

شماره تماس: ۲۳۳۷۱۲۹