



دیسریں سے لے کر آخر تک
کو، پورے مہینے

انگریزی نصاب میں دہائی کے ابتدائی حصوں کا دورانیہ

1. (ا) جب، ٹیٹل سرٹیکل 7/92 (انگریزی نصاب میں لکھی گئی ہے) انگریزی پورے
سے پہلے لکھی جائے گی، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ (ٹیٹل) 1 ویں
دہائی کے ابتدائی حصوں میں، انگریزی نصاب کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

(ب) دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

(ج) دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

(د) دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

2. دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

3. دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ
دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ، دہائی کے ابتدائی حصوں کے ساتھ ساتھ

4. (א) 28 רבנים ורבנים נוספים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 28 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 10 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 28 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 10 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 28 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ. 10 רבנים נבחרו לכהן כקבוצת חברים ב"מ.

(ב) 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו.

(ג) 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו.

(ד) 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו.

(ה) 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו.

5. (א) 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו. 1 יאיר סלומון, ראש הוועד הפיקוח, הודיע כי יתפטר מתפקידו.

זכרונותיו. אהרן בן שמשון הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים. אהרן בן שמשון הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ט) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים. אהרן בן שמשון הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים. אהרן בן שמשון הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים. אהרן בן שמשון הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

20. זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(א) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

21. זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ב) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ג) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ד) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ה) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ו) זכרונותיו הנהיג את בית המדרש, וזכרונותיו
היו מפורסמים.

(ב) "לא נאמר" נאמר השרף ארופ, ומה שכתבתי. ארופ השרף נאמר
לאמר לאמר ארופ, ומה שכתבתי. ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר.
לא נאמר השרף נאמר.

(א) "ארופ השרף נאמר" נאמר השרף ארופ, ארופ השרף נאמר
ארופ, ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר.

(ו) "ארופ השרף" נאמר השרף ארופ, ארופ השרף נאמר 28
ארופ השרף נאמר 28 ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר.

(ד) "ארופ השרף נאמר" נאמר השרף ארופ, ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר.

(ז) "ארופ השרף" נאמר השרף ארופ, ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר.

(ה) "ארופ השרף" נאמר השרף ארופ, ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר (ארופ השרף נאמר 7/92) ארופ השרף נאמר
ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר, ארופ השרף נאמר.

דַּחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ וְדַחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ
וְדַחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ וְדַחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ
וְדַחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ וְדַחֲסוּ וְלֹא תִסְרְסְרוּ

Department of National Registration
Male', Republic of Maldives



ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން
ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން

Birth Record Form

Birth Record Serial Number
ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު

Current Birth Information		Current Birth Information	
ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ވަރަށް Gestational Age	ދަނޑުވަނަ ބަލަންދު ޖެހިގެން Induced Abortion <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Spontaneous Abortion <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Still Birth <input type="checkbox"/>
ދަނޑުވަނަ ބަލަންދު ގެރާމް (ގްރާމް) Birth Weight (in Grams)	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Assisted Vaginal (non-instrumental) <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Vaginal Vacuum extraction <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Vaginal Forceps extraction <input type="checkbox"/>
ދަނޑުވަނަ ސެކްސް Sex of Child	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Emergency Caesarian <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Elective Caesarian <input type="checkbox"/>	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Elective Caesarian <input type="checkbox"/>
ދަނޑުވަނަ ނަންބަރު Number delivered	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Place of Birth	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Atoll and island of Birth	ދަނޑުވަނަ ސަބަބު ޖެހިގެން Birth Date

Informant's Bio-Information		Birth Attendant's Bio-Information	
ID No.	Passport	ID No.	Passport
Work permit	NIC NO.	Work permit	NIC NO.
Date of Birth	NIC serial NO.	Date of Birth	NIC serial NO.
Name	Name	Name	Name
Official address	Official address	Official address	Official address
Nationality	Nationality	Nationality	Nationality
Designation	Designation	Designation	Designation
Relation with newborn	Relation with newborn	Midwifery Training	Midwifery Training

Mother's Bio-Information		Father's Bio-Information	
ID No.	Passport	ID No.	Passport
Work permit	NIC NO.	Work permit	NIC NO.
Date of Birth	NIC serial NO.	Date of Birth	NIC serial NO.
Mother's Name	Father's Name	Mother's Name	Father's Name
Permanent Address (with atoll and island)	Permanent Address (with atoll and island)	Permanent Address (with atoll and island)	Permanent Address (with atoll and island)
Place of usual Residence (with atoll and island)	Place of usual Residence (with atoll and island)	Place of usual Residence (with atoll and island)	Place of usual Residence (with atoll and island)
Contact number	Contact number	Contact number	Contact number
Nationality	Nationality	Nationality	Nationality

Past Obstetric History	
Total no. of pregnancies	Total no. of prior abortions / miscarriages
Total no. of deliveries	Total no. of prior still births
Age at first pregnancy	Age at first marriage

Marriage Information	
Marriage Duration	Marriage Date
Married <input type="checkbox"/>	Single <input type="checkbox"/>
Widowed <input type="checkbox"/>	Divorced <input type="checkbox"/>
Mother's Marital Status at delivery	Marriage certificate number

I hereby declare information I have given above are correct to the best of my knowledge/މިއަދު ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން

Signature of Mother	Signature of Birth Attendant
Signature of Father	Signature of Informant
Official Stamp & Date	

ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން

ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން ދަނޑުވަނަ ޕްލާން ސަފުލުގެ ނަންބަރު ގުޅިގެން

مذھب سے متعلق: 4: سائنس اور طبی امور کے بارے میں مذکورہ ذرا ذرا سے ساری چیزوں کو جاننا اور سمجھنا ضروری ہے۔ (8 سے 17 س)

- (1) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (2) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (3) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (4) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (5) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (6) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (7) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (8) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (9) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (10) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا
- (11) جسم سے متعلقہ امور کو جاننا

ج فرسور 5: فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور (8 سر افسر 17 سر)

<p>فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور</p> <p>فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور</p> <p>فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور</p>	
<p>فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور</p>	
<p>فرسور فرسور فرسور فرسور:</p>	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>

فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور:

<p>فرسور فرسور فرسور:</p>	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور (فرسور فرسور):</p>
<p>فرسور فرسور فرسور:</p>	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور (فرسور فرسور):</p>

فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور:

	<p>فرسور فرسور فرسور</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور فرسور</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور فرسور</p>
	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>
	<p>فرسور:</p>

فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور فرسور:

<p>فرسور فرسور فرسور:</p>	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>
<p>فرسور فرسور فرسور:</p>	<p>فرسور فرسور فرسور:</p>
<p>فرسور:</p>	<p>فرسور:</p>
<p>فرسور:</p>	<p>فرسور:</p>

(ס) תוצאות תהליך המעקב והדיווחים יישארו כחלק מהתהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים.

תוצאות תהליך המעקב והדיווחים יישארו כחלק מהתהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים. תוצאות תהליך המעקב והדיווחים יישארו כחלק מהתהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים. תוצאות תהליך המעקב והדיווחים יישארו כחלק מהתהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים.

- נתונים אסטרטגיים ופירוט תוצאות מעקב ופיקוח על ביצוע תוכנית המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים.
- נתונים אסטרטגיים ופירוט תוצאות מעקב ופיקוח על ביצוע תוכנית המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (סכום התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).

- נתונים אסטרטגיים ופירוט תוצאות מעקב ופיקוח על ביצוע תוכנית המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (סכום התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).

- תוצאות תהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).
- תוצאות תהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).
- תוצאות תהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).

- תוצאות תהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).

- תוצאות תהליך המעקב והדיווחים המשולבים של המוסדות המעוקבים (התוצאות המעוקבות והתוצאות המעוקבות).

ދަފްތަރު 7: ބަލިވި ވަންދެން ދަފްތަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންކުރާ ފޯމު (10, 11)

Ministry of Health and Family
Male', Republic of Maldives



Serial Number
Miscariage/Abortion Reporting Form

Parents Bio/Past Obstetric History/Marital Status			
1. MOTHER'S BIO INFORMATION 1a AGE _____ 1b DOB <u>DD/MM/YEAR</u> 1c REGISTERED ATOLL/ISLAND _____ 1d USUAL RESIDENCE ATOLL/ ISLAND _____	2. FATHER'S BIO INFORMATION 2a AGE _____ 2b DOB <u>DD/MM/YEAR</u> 2c REGISTERED ATOLL/ISLAND _____ 2d USUAL RESIDENCE ATOLL/ ISLAND _____	3a. MOTHER'S MARITAL STATUS 1 SINGLE 2 DIVORCED 3 MARRIED 4 WIDOWED 3b MARRIAGE DATE <u>DD/MM/YEAR</u> 3c MARRIAGE DURATION _____	4. MOTHER'S PAST OBSTETRIC HISTORY 4a AGE AT FIRST PREGNANCY _____ 4b AGE AT FIRST MARRIAGE _____ 4c TOTAL PRIOR PREGNANCIES _____ 4d TOTAL PRIOR DELIVERIES _____ 4e TOTAL PRIOR LIVE BIRTHS _____ 4f TOTAL PRIOR STILL BIRTHS _____ 4g TOTAL PRIOR ABORTIONS _____

Miscariage/Abortion Details			
5. TYPE OF ABORTION 1 SPONTANEOUS 2 INDUCED - SELF 3 INDUCED - MEDICAL 4 INCOMPLETE ABORTION 5 COMPLETE ABORTION 6 SEPTIC ABORTION 8 OTHER - *SPECIFY BELOW _____ 9 UNKNOWN	6. SOURCE OF REFERRAL - * SPECIFY BELOW 1 SELF 2 PHYSICIAN - * 3 HEALTH CENTER - * 4 ATOLL HOSPITAL - * 5 REGIONAL HOSPITAL - * 6 NGO - * 8 OTHER - * * _____	7. FACILITY WHERE ABORTION PERFORMED - * SPECIFY BELOW 1 TERTIARY LEVEL HOSPITAL - * 2 REGIONAL HOSPITAL - * 3 ATOLL HOSPITAL - * 4 HEALTH CENTER - * 5 PRIVATE HOSPITAL - * 6 HOME 8 OTHER - * * _____	8. PROCEDURE (INDICATE ALL) 1 MEDICAL (NONSURGICAL) 2 MANUAL VACUUM ASPIRATION (MVA) 3 D&C - SUCTION 4 D&C - SHARP 5 EXTRAAMNIOTIC SALINE INSTILLATION 6 HYSTEROTOMY / HYSTERECTOMY 8 OTHER - *SPECIFY BELOW _____ * _____

9. IMMEDIATE COMPLICATIONS (INDICATE ALL) 0 NONE 1 HEMORRHAGE 2 INFECTION 3 ALLERGIC RESPONSE 4 CERVICAL LACERATION 5 UTERINE PERFORATION 6 SHOCK 7 DEATH 8 OTHER - *SPECIFY BELOW _____	10. LMP <u>DD/MM/YEAR</u> 11. GESTATIONAL AGE _____ WEEKS 12. DATE OF ABORTION <u>DD/MM/YEAR</u> 13. SEX OF FETUS 1 MALE 2 FEMALE 9 UNDETERMINABLE	14. DID FETUS SHOW EVIDENCE OF LIFE WHEN SEPARATED, EXPELLED OR REMOVED FROM THE WOMAN? 1 YES 2 NO *If yes a Birth Form is Required 15. WEIGHT OF FETUS (IF DETERMINABLE) GRAMS _____ NOT DETERMINABLE	16. SPECIFIC REASONS FOR THE ABORTION 10a. MEDICAL REASONS 1 THALASSEMIA MAJOR 2 ANENCEPHALY 3 OTHER ANOMALY* 4 MOTHER'S HEALTH COMPLICATION* 8 OTHER - * * _____ 10b. NON-MEDICAL REASONS 1 OUT OF WEDLOCK 2 DOES NOT WANT CHILDREN AT THIS TIME 3 ECONOMIC REASONS 8 OTHER - * SPECIFY BELOW _____
--	---	---	---

16. HEALTH FACILITY ADDRESS	17. DOCTOR/ HEALTH PERSONAL NAME REGISTRATION NUMBER :	18. DOCTOR/ HEALTH PERSONAL SIGNATURE:
9. COMMENTS/NOTES		

Ministry of Health and Family Male', Republic of Maldives	Ministry of Health and Family Male', Republic of Maldives
Father's Bio-Information	Mother's Bio-Information
ID No. _____ Age _____ Date of Birth _____ Nationality _____ Father's Name _____ Permanent Address _____ Place of usual residence _____	ID No. _____ Age _____ Date of Birth _____ Nationality _____ Mother's Name _____ Permanent Address _____ Place of usual residence _____
Marriage Date _____ Marriage Duration _____ Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Mother's Mantal Status at delivery _____	
Miscariage/Abortion Information Gestational Age _____ Date of Abortion <u>DD/MM/YEAR</u> Sex of Fetus _____ Sex of Fetus Determinable _____ Name if Given _____	
Certifiers of Death Information Signature & Stamp _____ Certifier's Official Address _____ Certifier's Designation _____ Certifier's Nationality _____ Certifier's Name _____ Certifier's ID No. _____ Death Certifier _____	
Signature & Stamp _____ Designation _____ Official Address _____ Name of Approver _____ Permission granted by _____	
Undertaker Signature _____ Date & Time of Burial _____ Undertaker Name/Address _____ Registration Number _____ Place of Burial _____	

دندون‌پرستی و ارتودنسی تخصصی

تاریخ: ۱۵ شهریور ماه ۱۳۹۸

اسم دانشجو: _____ نام و نام خانوادگی: _____

پرستار: _____
 مدرس: _____
 دراستر: _____

نام و نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام	نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی (شماره کارت دانشجویی)	نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام خانوادگی

پرستار: _____

مدرس: _____

دراستر: _____

مدرس: _____

مدرس: _____

تاریخ: ۱۵ شهریور ماه ۱۳۹۸