



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت درمان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت بهداشت

## فرم ارجاع زوجین نابارور به مراکز درمان ناباروری دانشگاه علوم پزشکی تهران

**ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان**

**با سلام و احترام**

از مرکز بهداشتی درمانی: ..... پایگاه / خانه

بهداشت: ..... به بیمارستان.....

احتراما زوجین با مشخصات زیر جهت درمان ناباروری معرفی می گردند:

نام و نام خانوادگی خانم: ..... کدملی: .....

نام و نام خانوادگی آقا: ..... کدملی: .....

شماره تماس: .....

فرد ارجاع دهنده: .....

تاریخ ارجاع: .....

مهر مرکز