



الإسم /

الوظيفة /

القسم /

المذكور أعلاه مرخص له بالعلاج الطبي :

توقيع الرئيس المباشر :

التاريخ : / /

| تشخيص المرض من الطبيب | الإجازة الموصى بموجبها | الأدوية الموصى بصرفها | الملاحظات |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| | | | |

تاريخ وتوقيع الطبيب الفاحص

إعتماد نقابة الأطباء

إسم الطبيب الفاحص :

رقم العضوية :