

نموذج رقم (19)

نموذج مراجعة طبيه

البيانات الوظيفية

	الاسم
	المسمى الوظيفي
	الرقم المدني
	رقم الملف
	مركز العمل

	المستشفى/ العيادة
	تاريخ الزيارة

سبب الزيارة :

.....

.....

.....

.....

ختم المركز

.....

.....

توقيع الطبيب المعالج وختمه

.....

.....