



النمرة ج غ ك / أش ع / م 1

التاريخ / / 2025



استمارة الكشف الطبي

الاسم:

الكلية:

رقم الاستمارة:

قرار الطبيب:

.....

.....

.....

.....

اسم المستشفى:

اسم وتوقيع الطبيب:

.....

.....

*يشترط اجراء الكشف الطبي من مستشفى حكومي معتمد بختم وتوقيع المدير الطبي بالمستشفى