

## نموذج مراجعة طبية

الرقم الوظيفي	سم الموظف
 درجة التـــأمين .	 مكان العمل

توقيع الطبيب	العلاج والتوصية	الشكوى / التشخيص	اليوم والتاريخ

توقيع العميد / مدير المركز / مدير الدائرة