



نموذج مراجعة طبية

اسم الموظف ..... الرقم الوظيفي .....  
مكان العمل ..... درجة التأمين .....

اليوم والتاريخ	الشكوى / التشخيص	العلاج والتوصية	توقيع الطبيب

توقيع العميد / مدير المركز / مدير الدائرة