

نموذج المرضية

رقم الوظيفي

تعباً جميع البيانات من قبل مركز العمل		
مركز العمل	الوظيفة	اسم الموظف
الرقم المدني		المركز الصحي المحول إليه المريض (طبقاً لبطاقته المدنية)
توقيع رئيس مركز العمل		ختم مركز العمل

لاستعمال الطبيب المعالج		
		المركز الصحي الذي عولج به المريض
		تاريخ الزيارة
		التشخيص وتوصيات الطبيب
عدد أيام المرضية	الأيام:	من: إلى:

ختم مدير المستشفى	ختم وتوقيع الطبيب	ختم المركز الصحي

ملاحظة: يرجى التقيد بمراجعة المركز الصحي التابع لمنطقة السكن كما هو موضح بالبطاقة المدنية.

Medical Leave Form

University ID	
----------------------	--

To be filled by workplace		
Employee Name	Position	Workplace
Resident Area (According to Civil ID)		Civil ID No.
Workplace's Stamp		Head of Workplace's Signature

Treating Physician's Use			
Health Center/ Clinic			
Date of Visiting			
Diagnosis and Recommendation			
Number of Sick Leave Days	No. of Days:	From:	To:

Clinic's Stamp	Physician's Stamp and Signature	Hospital Director's Stamp

Note: Please adhere to visit the Health Center according to the residence area as shown on the Civil ID.