

الاسم / .....  
الوظيفة / .....  
القسم / .....

**المذكور أعلاه مرخص له بالعلاج الطبي :**

توقيع الرئيس المباشر : .....

التاريخ : ..... / ..... / .....

الملاحظات	الأدوية الموصى بصرفها	الإجازة الموصى بموجبها	تشخيص المرض من الطبيب

تاريخ وتوقيع الطبيب الفاحص

.....

اعتماد نقابة الأطباء

.....

اسم الطبيب الفاحص : .....

رقم العضوية : .....