



التاريخ : / / 20م

تقرير طبي

السيد / الطبيب المعالج في وزارة الصحة / عيادة : _____ المحترم
 قادم لسيادتكم السيد/ السيدة : _____ رقم الهوية : " _____ " الرقم الوظيفي : " _____ "
 برجاء إجراء الفحص الطبي اللازم لد وإفادتنا بالنتيجة .

ختم جهة العمل :

توقيع مدير المركز

وصل إلينا السيد/السيدة/ التاريخ :
 وبعد الكشف السريري .

الفحوصات الطبية المطلوبة : 1 2 3
 دخول مستشفى بتاريخ : / / 20م تاريخ الخروج : / / 20م

تبين أن التشخيص الطبي :

العلاج المقرر :

نوصي بإجازة مرضية لمدة : اعتباراً من

يعتمد
 مدير المستشفى

يعتمد
 رئيس القسم

اسم الطبيب
 الختم

ختم العيادة الحكومية

تعليمات ملزمة بشأن منح الإجازة المرضية

- منح إجازة مرضية لمدة لا تتجاوز يومين تعتمد من طبيب عام في وزارة الصحة .
- منح إجازة مرضية من (3-5) أيام تعتمد من طبيب أخصائي في وزارة الصحة .
- منح إجازة مرضية من (6-9) أيام تعتمد من رئيس قسم في وزارة الصحة .
- منح إجازة مرضية (10) أيام فأكثر من مدير المستشفى في وزارة الصحة .
- هذا أيضا يشمل دخول مستشفيات وزارة الصحة .