**حُرر يوم** ... / ... / ........ **الموافق لـ** ... / ... / ...........

**مستشفى** .........................................................

**منطقة** ...........................................................

**تــقــريـــــــــــر طــبـــــــــي**

**اسم المريض (رباعي):** .............................................................................................
**عمر المريض:** .......................................................................................................
**رَقَم السجل الطبي للمريض:** ........................................................................................
**الجنسية:** ..............................................................................................................
**الوظيفة وجهة العمل:** ...............................................................................................
**تاريخ دخول المستشفى (بالتقويمين):** ... / ... / ............ **الموافق لـ** ... / ... / ...................
**تاريخ الخروج من المستشفى (بالتقويمين):** ... / ... / ............ **الموافق لـ** ... / ... / .............
**تشخيص الحالة المرضية:** .......................................................................................... ......................................................................................................................... .........................................................................................................................**توصية الطبيب:** يحتاج المريض المذكور أعلاه إلى إجازة مرضية لمدة لا تقل عن ...................... يومًا، على أن تبدأ اعتبارًا من **تاريخ يوم** ............. **الموافق لـ** ... / ... / .........**وتستمر حتى يوم** ............. **الموافق لـ** ... / ... / .........
**اسم الطبيب المعالج:** ...............................................................

**رقم الجوال:** .......................................................................

**ختم جهة الإصدار تـوقـيـــع الطـبـيـب**