



استمارة الفحص الطبي لمنح رخصة مأذون أنكحة

يتم تعبئته من قبل المتقدم

رقم الهوية: ()

الاسم رباعي:

رقم الجوال: ()

سعادة مدير المركز الصحي بـ

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد:

تقدم لنا الموضح هويته أعلاه طالباً الحصول على رخصة مأذون أنكحة، نأمل إجراء الكشف الطبي عليه لمعرفة مدى

لياقته الطبية لممارسة أعمال المأذون.

النتيجة		الفحص Examination	
غير سليم	سليم		
		R. Eye	العين اليمنى
		L. Eye	العين اليسرى
		Color Discrimination	تمييز الألوان
		R. Ear	الأذن اليمنى
		L. Ear	الأذن اليسرى
		Vocalization	النطق
		C.N.S	الجهاز العصبي
		Psychological	الفحص النفسي
		Perception	الإدراك
		Ph. Disability	إعاقات بدنية
	 Define	تحدد

سعادة المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

 لائق طبيًا غير لائق طبيًا

أعيد إليكم التقرير الطبي بعد الكشف على المذكور أعلاه واتضح أنه:

اسم الطبيب: التوقيع:

اسم الطبيب: التوقيع:

الختم

مصادقة مدير المركز:

الاسم: التوقيع:

التاريخ: / / ١٤