إجازة مرضية

اسم الطالب: ..... **الرقم الجامعي:** .....

المركز الصحي: ..... **التاريخ:** .....

تشخيص الحالة:

.....

.....

.....

التوصيات:

.....

.....

.....

توقيع وختم الطبيب المعالج **ختم المركز الصحي**

- **نسخة/ إدارة القبول والتسجيل**