

الرقم:

التاريخ: / / ١٤٤٣ هـ

المرفقات:

جوال:

مركز الفحص الشامل بالخبر

هاتف: ٠١٣-٨٩٨٦٦٦٦

فاكس: ٠١٣-٨٩٨١٠٥١

نموذج الفحص ما قبل الزواج

الطرف الاول

NAME		الاسم
Age / Sex		العمر / الجنس
Nationality		الجنسية
Address & Mob No.		العنوان والهاتف

(اعطائك المعلومات الصحيحة يسرع في انتهاء اجراءات المعاملة)

يجب ذكر موقع وتاريخ اجراء الفحص للطرف الاخر

الطرف الثاني

NAME		الاسم
Nationality		الجنسية
Place and Date		مكان وتاريخ الفحص

المربعات بالأسفل خاصة بالجهة الطبية

أمراض الدم الوراثية:

--

الأمراض التناسلية:

--

الامراض المعدية:

--

سيتم ارسال رسالة على رقم الجوال برقم الصادر لمعاملتك بعد ٣٠ يوماً في الحالات الطبيعية وارسالها عبر البريد الى الجهة الطالبة.