

## طلب كشف طبي

# MEDICAL EXAMINATION REQUEST FORM

التاريخ  
DATE

إسم الموظف  
EMPLOYEE NAME

رقم الموظف  
EMPLOYEE NO.

الوظيفة  
POSITION

الإدارة  
DEPT.

السيد الطبيب  
DEAR DOCTOR

نرجو التكرم بتوقيع الكشف الطبي وتقديم العلاج اللازم للموظف المذكور أعلاه مع ذكر أية توصيات أخرى ترونها مناسبة.  
WE KINDLY REQUEST YOU TO CONDUCT A MEDICAL CHECKUP, PROVIDE TREATMENT AND ANY OTHER RECOMMENDATIONS FOR OUR EMPLOYEE

ولكم جزيل الشكر  
THANKS AND REGARDS

الشؤون الإدارية  
ADMINISTRATION DEPT.

مدير الإدارة  
HEAD OF DEPT.

### FOR DOCTOR'S USE ONLY لإستعمال الطبيب المعالج فقط

نتيجة الكشف الطبي  
MEDICAL CHECKUP RESULT

العلاج والتوصيات  
TREATMENT & RECOMMENDATIONS

ختم المستشفى / المستوصف  
HOSPITAL / CLINIC STAMP

توقيع الطبيب  
DOCTOR SIGNATURE