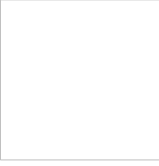




## نموذج الموافقة على التفشير الكيميائي

784-1996-9294842-7		:	هويه الإمارات	sandhya rani	:	اسم المريض
Other	:	جنسية	2023-10-09	:	تاريخ الميلاد	7
2023-12-29	:	تاريخ	Shilpa Sandhya	:	اسم الطبيب	Female
						جنس

### تعليمات

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة		
طبيب	شاهد	مريض
		
Shilpa Sandhya - Dermatology (FDY56YGDFG)  تاريخ 2023-12-29	اسم الشاهد fggfgfg  تاريخ 2023-12-29	اسم المريض sandhya rani  تاريخ 2023-12-29