

مديرية الصحة في محافظة ..... - دائرة المشافي  
رقم تسجيل الديوان: .....، بتاريخ: ...../...../.....

المدة يوم واحد

...../...../.....  
.....  
...../...../.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

:	:
التاريخ:	التاريخ:
التوقيع:	التوقيع:

...../...../..... :

...../...../..... :

...../...../..... :

:( )

:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

...../...../..... :

...../...../..... :

...../...../..... :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

وبموجبه يوقع أعضاء لجنة الكشف، على منح الصيدلي مُقَدِّم الطلب، الترخيص النهائي اللازم لإقامة المركز الطبي الخاص موضوع هذا الطلب.

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

