(/   /   )

:

:   .   .   .

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

....

....

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

.   –

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

:	:
التاريخ:	التاريخ:
التوقيع:	التوقيع:

:

:   _____   . _____

....

- **تم تدارك الالتزامات ويمنح ترخيصاً مؤقتاً.**

- رئيس شعبة السجل: ، مدير الصحة في المحافظة:

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

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

- (/ / :
- (9)
- .
- (:
  :
- .
- .
- .