

نموذج علاج طبي
Medical Treatment Form

يعبأ هذا الجزء من قبل الموظف
This part should be completed by employee

Date : _____ التاريخ:
Name of Employee : _____ اسم الموظف:
Staff No : _____ رقم الموظف:
Job Title : _____ الوظيفة:
Name of Hospital or Clinic : _____ اسم المستشفى أو المستوصف أو العيادة:
Dept. Head's Signature : _____ توقيع مدير الادارة:

يعبأ هذا الجزء من قبل الطبيب
This part should be completed by attending doctor

Diagnosis : _____ تشخيص الطبيب:
Recommendation : _____ التوصية:
Name of attending Doctor : _____ اسم الطبيب المعالج:
Signature : _____ التوقيع:
Date : _____ التاريخ:

يعبأ هذا الجزء من قبل مدير الدارة عند عودة الموظف للعمل ويرجع الطلب إلى إدارة الموارد البشرية
to be completed by Dept. Head & dispatched to HR Dept. When employee resumes duty

Date Resumed Duty: _____ تاريخ العودة للعمل:
Employee's Signature : _____ توقيع الموظف:
Dept. Head's Signature : _____ توقيع رئيس القسم:
Date : _____ التاريخ: