

جامعة المنيا
Minia University



كلية دار العلوم
Faculty of Dar El.Uloom
إدارة شئون العاملين

الهيئة العامة للتأمين الصحي / نظام علاج العاملين

اسم المنتفع / رقم بطاقة التأمين / ١٢٤ / / ٨٤٦٠ /

الوظيفة / الجهة التابع لها /

السيد الدكتور / مدير التأمين الصحي

تحية طيبة وبعد،،،

نرجو توقيع الكشف الطبي على السيد المذكور أعلاه حيث أنه من العاملين بالكلية والمنتفع

بنظام التأمين الصحي للعاملين بالدولة وتقدير العلاج اللازم له.

ولسيادتكم جزيل الشكر،،،

أمين عام الكلية

مدير إدارة شئون العاملين

المختص