



كلية التربية الرياضية

الهيئة العامة للتأمين الصحي نظام علاج العاملين

اسم المنتفع : _____ رقم بطاقة التأمين ١٢٤ / ٨٤٩٠ /
الوظيفة : _____ القسم : _____
السيد الدكتور / _____

تحية طيبة وبعد ،،

نرجو توقيع الكشف الطبي على السيد المذكور أعلاه حيث أنه من العاملين بالجامعة ومنتفع بنظام التأمين الصحي للعاملين بالدولة ، وتقدير العلاج اللازم له .
ولسيادتكم جزيل الشكر والتقدير ،،

أمين الكلية

شئون العاملين