

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنيا
كلية التمريض
شؤون العاملين

الهيئة العامة للتأمين الصحي نظام علاج العاملين

إسم 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 بكلية التمريض والمنتفع
بنظام التأمين الصحي للعاملين بالدولة وتقدير العلاج اللازم له .

ولسيادتكم جزيل الشكر ،،،

تحريرا في / /

المختص

أمين الكلية

رئيس شؤون العاملين
