Kingdom of Saudi Arabia
College of Excellence

المملكة العربية السعودية
كليات التميز

سعادة مدير مستشفى/ مستوصف المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

نأمل إجراء افحوصات الطبية على المتقدم للالتحاق بالكليه و مدى ملائمته للتدريب:

الاسم : _____ التخصص: _____

رقم الهوية الوطنية :_____مصدرها:_____تاريخها / / هـ

صورة
٤×٣

مدير الإدارة وخدمات الطلاب بالكلية

_____

العينان	اليمنى ☐ السيرى ☐	الاسم ..... التوقيع.....	الأمراض الجراحية	وهي:.....	الاسم..... التوقيع .....
الإذنان	اليمنى ☐ السيرى ☐	الاسم ..... التوقيع.....	الفحص المعملي	الدم:- فصيلة الدم:- ..... صورة الدم:..... البول :- ☐ سالب ☐ موجب السكر ☐ سالب ☐ موجب الزلال	الاسم..... التوقيع.....
الامراض الباطنية	ضغط الدم: سليمغير سليم القلب ☐ ☐ الصدر ☐ ☐ البطن ☐ ☐ الجهاز العصبي ☐ ☐	الاسم ..... التوقيع.....	الأطراف	حالة الاطراف : العلوية ☐ سليمة ☐ غير سليمة السفلية ☐ سليمة ☐ غير سليمة	الاسم..... التوقيع.....
الأمراض الصدرية	نتيجة الفحص الإشعاعي سليم ☐ غير سليم ☐	الاسم ..... التوقيع.....	أمراض أخرى	وهي:.....	الاسم..... التوقيع.....

مع التحية لسعادة مدير الإدارة وخدمات الطلاب بكلية _____

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،،

وبعد إجراء الكشف الطبي على المتقدم الموضح أسمه وصورته أعلاه نفيدكم أنه لائق طبياً ◯ غير لائق طبياً ◯

ولكم تحياتي ،،،،،،،،،،،،،،،

الختم الرسمي المدير